FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930

THÈSE

N 38

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

RENÉ-HENRI KARCHER

Né le 1er Juillet 1899, à Strasbourg (Bas-Rhin)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

Du Diagnostic et du Traitement du Cancer Recto-Sigmoïdien

Président de Thèse : M. le Professeur LERICHE.

Pour le Doyen : *l'Assesseur,* MERKLEN.

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930

THÈSE

N 38

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

RENÉ-HENRI KARCHER

Né le 1er Juillet 1899, à Strasbourg (Bas-Rhin)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Diagnostic et du Traitement du Cancer Recto-Sigmoïdien

Président de Thèse : M. le Professeur LERICHE.

Pour le Doyen : *l'Assesseur,* MERKLEN.

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1930

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. N...
Assesseur ..... MERKLEN ✲ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✲ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✲ ✪ I.
Histologie	BOUIN O ✲ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	VLES ✲ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX ✲ ✪ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✲ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✲ ✪ [illegible]
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✲ ✪ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✲ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✲ ✪ I N...
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✲ ✪ I. STOLZ ✲ ✪ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✲ ✪ I
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✲ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRE ✲ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ I.
Clinique infantile	ROHMER ✲ ✪ I.
Clinique oto-rhinolaryngologique	CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
FONTES ✪ A.
MM. GÉRY ✪ A.
SCHWARTZ ✪ I.

Charges de cours et Agrégés :

MM, BLUM (Paul) ✲ ✪ I.
GELMA ✪ A.
GUNSETT ✲ ✪ A,
HANNS ✲ ✪ A.
HUMBERT ✲ ✪ A.
KAYSER.
KELLER ✪ A
MM. KREISS.
LARROUSSE ✪ A,
RGISS,
SIMON ✲ ✪ A.
SIMONIN.
VAUCHER ✪ A.
WEISS A

Directeur de la Clinique Dentaire ..... Dr ROSNEY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON REGRETTÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BLUM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LERICHE

Qui a bien voulu me faire l'honneur de présider cette Thèse.
Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BENSANDE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. OURY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

Chef de Clinique de l'Hôpital de la Charité

Qui m'ont inspiré ce travail, m'ont donné les moyens de l'exécuter, je me permets d'exprimer ici mes sincères remerciements, ma gratitude et mon respectueux attachement.

Introduction

Travaillant depuis 1 an 1/2 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Docteur BENSAUDE, nous avons eu fréquemment l'occasion de nous occuper du cancer recto-sigmoïdien.

Nous tenons avant tout à remercier MM. BENSAUDE et OURY, qui nous ont permis de suivre tous ces malades, ainsi que le Docteur GOUVERNEUR à qui nous avons envoyé à l'hôpital de la Charité, en vue de l'intervention, la plupart de nos néoplasiques du rectum. Voulant rendre notre statistique opératoire aussi complète que possible et pour en augmenter l'intérêt, nous publions à côté de nos observations personnelles, quelques cas opérés antérieurement par ce même chirurgien.

Le spécialiste joue un rôle important dans le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien. C'est « l'agent de liaison » entre le médecin praticien et le chirurgien; complétant le travail de l'un, il prépare le terrain à l'autre. Le malade suit une véritable filière. Cette raison nous incite à diviser cette thèse en trois chapitres : Rôle du médecin praticien, rôle du spécialiste et rôle du chirurgien.

CHAPITRE PREMIER

Le rôle du médecin praticien

C'est à lui que s'adresse le malade en premier lieu. Le diagnostic est une tâche dans la majorité des cas aisée, pourvu que le médecin ne se laisse induire en erreur, ni par une symptomatologie des plus banales, ni par l'âge du malade et son état général souvent floride. Son rôle se borne à deux points : penser au néoplasme et faire le toucher rectal. Ce n'est pas beaucoup et c'est tout.

Comme tous ceux qui ont eu l'occasion d'étudier cette question, nous avons été surpris de ne trouver que rarement des cancers facilement opérables. La plupart de nos malades présentaient des néoplasmes volumineux et déjà adhérents. La grande difficulté du diagnostic est en effet l'absence complète de symptômes pathognomoniques. Si dans les traités classiques, on a coutume de décrire une période de début et une période d'état, pratiquement, la période de début échappe complètement au médecin, et nous avons nettement l'opinion que pendant de longs mois le cancer du rectum évolue sournoisement, sans donner de signes cliniques. Lorsque le malade vient con-

sulter pour des signes encore frustes, le cancer a déjà atteint franchement sa période d'état et présente au point de vue anatomique un volume important. Cette phase de début clinique, qui retarde de plusieurs mois, voire même d'un an sur le début anatomique, est essentiellement mono-symptomatique.

A. — LES SYMPTOMES

Hémorragies, douleurs, troubles de la défécation, écoulements constituent les symptômes cardinaux du cancer du rectum, mais le praticien doit soupçonner le néoplasme sur *un seul de ces symptômes.*

1° *Les hémorragies*

L'hémorragie est le symptôme le plus fréquent. Tantôt elle reste isolée, tantôt elle se présente avec des intervalles de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, tantôt à chaque selle. Cette hémorragie est spontanée ou survient après un effort de défécation. L'abondance du sang est très variable: ou quelques traînées à la surface des selles, ou une selle entièrement englobée par le sang, voire même l'hémorragie impressionnante par sa seule abondance. Si c'est le plus souvent une hémorragie de sang vermeil, il n'est pas rare de rencontrer un sang modifié par son séjour dans l'ampoule rectale, sang brunâtre, râclure de chair, marc de café, sang mélanique, réalisant

suivant l'expression classique, le mélaena circonférentiel.

En résumé, le cancer du rectum peut réaliser tous les types d'hémorragies sans qu'aucune d'elle n'ait un caractère pathogénique.

2° *Les douleurs*

Parmi celles-ci il faut avant tout signaler *le faux besoin* et *le ténesme,* qui ont pour le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien une signification *presque pathognomonique.* Au début, ces deux symptômes sont très discrets : A peine si le malade se rappelle que depuis quelques mois il est pris deux ou trois fois par semaine, sans motif plausible de petites fausses envies, qui n'aboutissent que rarement à une expulsion. En même temps, il accuse un léger ténesme, mais ces symptômes sont tellement fugaces et frappent le malade si peu, qu'il ne s'en plaint presque jamais au médecin et que c'est celui-ci qui doit les rechercher avec soin. Faux besoin et ténesme se rencontrent particulièrement dans le cancer ampullaire, sont absents dans le cancer susampullaire, tandis que dans le cancer anal, lorsque la douleur existe, elle revêt plus volontiers l'extrême intensité de la sphincteralgie. D'autres malades se plaignent de sensation de pesanteur et lourdeur dans le rectum, même après des selles normales ils ne se sentent pas « vidés ».

Certains localisent leur douleur exclusivement dans la

région haute de l'abdomen, accusent ballonnement, météorisme, douleur le long du cadre colique ou périombilicales et ces symptômes banaux font poser à tort le diagnostic d'entéro-colite.

A une période plus avancée, faux besoins et ténesme deviennent constants et constituent pour le malade un trouble continu et intolérable.

3° *Les troubles de la défécation*

Ce sont surtout les modifications dans le rythme normal de la défécation qui doivent attirer l'attention du médecin. C'est la brusque apparition d'une constipation chez un homme de 50 ans jusque-là parfaitement bien réglé; chez d'autres, c'est une constipation alternant avec des phases de débâcles de fausse diarrhée très abondantes et fétides avec faux besoins et ténesmes. Elles donnent lieu à l'expulsion de glaires et de mucosités accompagnées ou non d'un peu de sang.

En troisième lieu, plus rares, sont les cancers du rectum avec diarrhée vraie. Son principal caractère serait d'après le docteur Bensaude, de ne se laisser influencer par aucune thérapeutique, contrairement aux fausses diarrhées qu'un régime convenablement institué pourra faire diminuer ou même disparaître pendant un certain temps. Pour discerner fausse et vraie diarrhée, on examinera l'abdomen du malade. Dans le premier cas, on cons-

tatera la présence de matières dures en syballes dans l'anse descendante et le sigmoïde, dans le deuxième cas on perçoit des matières liquides pouvant donner du clapotage.

4° *Les écoulements*

Ils constituent un symptôme plus rare et plus tardif, et n'apparaissent habituellement que lorsque par leur netteté, les autres signes ont déjà fait faire le diagnostic de cancer du rectum. Ce sont des écoulements fétides, muco-purulents ou séro-sanguinolants; ils explosent en fusée en dehors des selles par un faux besoin, tachent le linge et irritent la peau.

Ce sont là les quatre grands aspects symptomatiques du cancer recto-sigmoïdien. Nous avons dit que ces sysptômes sont le plus souvent isolés. Devant un seul de ces signes le toucher rectal s'impose.

B. — L'EXAMEN LOCAL

1° LE TOUCHER RECTAL

Il n'est pas encore suffisamment pratiqué dans l'examen systématique de tout malade. Pourtant neuf fois sur dix ce moyen simple et rapide permettra d'avoir le cancer « au bout du doigt ». Mathieu avait raison en lançant « la croisade du toucher ».

a) Quelle est la *position* la plus propice dont on pourra tirer le maximum de renseignements. Hartmann conseille d'examiner le malade couché sur le dos, les deux poings sous les fesses, les genoux légèrement fléchis, respirant profondément la bouche ouverte. La main droite explore canal et rectum, tandis que la main gauche, comprimant la région suspubienne, envoie l'anse sigmoïde à la rencontre du doigt explorateur; pour palper le plus haut possible on demandera au malade de pousser, et l'examen ainsi pratiqué permettra de retrouver des tumeurs situées quelquefois à très grande distance de l'anus. Cette position présente chez la femme un autre avantage : elle permet d'associer au toucher rectal, le toucher vaginal. Ainsi le médecin saura tout de suite si le cancer, localisé dans 70 % des cas à la paroi rectale antérieure, a déjà envoyé des prolongements dans la paroi vaginale postérieure qui est fréquemment envahie. Il suffira de faire glisser par des mouvements opposés les deux paroies l'une sur l'autre.

Lorsque le malade est un douloureux il vaudra mieux le placer en position génu-pectorale, très favorable à la vue du cancer anal. En déplissant légèrement la muqueuse anale on pourra déjà apercevoir les bourgeons charnus du néoplasme.

En règle générale, le médecin aura avantage de prati-

quer le toucher dans le décubitus dorsal *et* génu-pectorale.

L'introduction du doigt se fera prudemment; au passage on contrôle l'état du sphincter et la prostate. Quand le doigt aborde une tumeur cancéreuse, il éprouve la sensation d'un rebord induré. Cette forme avec ses trois signes caractéristiques est celle que l'on rencontre habituellement. Nous ne voulons pas passer en revue ici tous les aspects que peut prendre le cancer, aspects mieux précisés par la rectoscopie que par le toucher.

b) Dans les constatations que permet le toucher, *trois erreurs* sont à éviter.

1) Le médecin ne devra pas confondre un néoplasme avec des matières fécales durcies et dans des cas plus rares avec un fécalome. L'emploi de lavements, voire même de purgations, permettra d'éclaircir ce diagnostic.

2) Chez la femme une erreur importante est à éviter: La confusion du bas-fond utérin rétroversé avec une tumeur rectale, en particulier lorsqu'un utérus fibromateux, légèrement augmenté de volume, accroche véritablement le doigt au passage. Mais on s'aperçoit facilement qu'il reste en dehors du rectum, qu'il est mobile, qu'il se laisse plus ou moins aisément refouler. Le bas-fond utérin présente d'ailleurs des bords nets, arrondis, caractères que l'on ne retrouve pas dans le cancer.

3) Il ne faudra pas davantage confondre rétrécisse-

ment et cancer. Cette éventualité est beaucoup plus rare pour le praticien et relève vraiment du domaine du spécialiste. Pourtant déjà au toucher les caractères du rétrécissement et du cancer sont essentiellement différents ; par ailleurs l'anamnèse permettra dans certains cas de retrouver l'étiologie du rétrécissement (blennorragie, syhpilis, sodomie, application de radium dans les affections génitales de la femme).

C. — L'EXAMEN GÉNÉRAL

Après l'anamnèse et le toucher rectal, le médecin passera à l'examen général. Dans l'interprétation des symptômes fonctionnels et des signes fournis par le toucher rectal, le médecin ne doit pas se laisser égarer par la conservation d'un état général souvent bon, quelquefois floride. On ne saurait suffisamment insister sur cette caractéristique du néoplasme du rectum. Il nous a été donné de rencontrer fréquemment des malades, porteurs de néoplasmes déjà inopérables et conservant encore une réelle obésité. C'est une preuve que le cancer du rectum reste longtemps une affection locale et ne modifie que tardivement l'état général. Cette opposition n'est cependant pas une loi absolue et il nous arrive souvent à Saint-Antoine de porter le diagnostic de néoplasme du rectum sur le facies amaigri et sur l'aspect physique du malade.

Pourtant jamais le cancer du rectum ne réalise ce teint jaune-paille, caractéristique du cancer gastrique.

D. — CONCLUSIONS

Pour faire le diagnostic du cancer du rectum, le médecin ne doit donc pas se fier :

1° *Aux déclarations du malade,* toujours enclin à expliquer ses symptômes. Il parlera par exemple d'hémorroïdes à cause de petites hémorragies.

2° *A la banalité des symptômes* qui n'incitent pas à faire le toucher rectal.

3° *A la conservation d'un excellent état général* qui éloignerait l'hypothèse de tout cancer.

4° *A l'âge du malade.* Aucun âge ne préservant du cancer.

CHAPITRE II

Le rôle du médecin spécialiste

Intermédiaire entre le médecin praticien et le chirurgien, c'est lui qui prépare le terrain à l'opérateur. Par ses méthodes d'exploration, il déterminera le siège, le volume de la tumeur et ses rapports avec les organes voisins.

On discute encore sur *la valeur comparative de la rectoscopie et du toucher rectal.* Quelques chirurgiens se déclarent nettement en faveur du toucher rectal. Cette question ne se pose pas, parce que les renseignements que nous fournissent ces deux examens se complètent dans la plupart des cas si heureusement, que nous n'avons pas le droit de les séparer. Est-ce que dans une affection du col utérin on se contenterait de faire un simple toucher sans contrôler la lésion par le spéculum ? De même dans le cancer rectosigmoïdien le toucher nous fera sentir une tumeur, la recto nous fera voir le cancer et nous permettra d'éliminer par la biopsie toute une gamme d'affections pouvant prêter à erreur.

A côté des cas où la rectoscopie ne fait que confirmer

le diagnostic du toucher, nous en avons d'autres où le toucher même bi-manuel fait dans les positions les plus favorables, ne permettra pas de déceler la tumeur. Il s'agit de cancers haut situés dans lesquels la rectoscopie joue un rôle capital.

Si l'une ou l'autre de ces deux méthodes est quelquefois en défaut, cela se compense et ne nous autorise pas à leur attribuer une valeur inégale. Pour nous elles sont *inséparables.*

Au point de vue anatomique et endoscopique on doit distinguer trois variétés de cancers du rectum :

A. *Les cancers ampullaires;*

B. *Le cancer susampullaires;*

C. *Le cancer anal.*

I. — EXAMEN LOCAL DANS LES CANCERS RECTO-SIGMOIDIENS

A. LE CANCER AMPULLAIRE représente les 2/3 des cas du néoplasme du rectum. Curling considère que son siège de prédilection est à 7 ctm. de l'anus. C'est dire qu'il est dans l'immense majorité des cas accessible au doigt.

I. — LE TOUCHER RECTAL prend donc une très grande importance et permettre à lui seul de faire le diagnostic et de donner quelques renseignements sur l'opérabilité de la tumeur.

a) Après s'être rendu compte de l'intégrité du sphincter, on recherchera d'abord le cancer à la *face antérieure* du rectum, qui est d'après Zimmer dans 75 % des cas le siège électif. Son pôle inférieur est facilement accessible, au contraire il est souvent difficile de percevoir sa propagation en hauteur. On s'attachera surtout à préciser la mobilité de la tumeur, caractère crucial au point de vue de la possibilité de l'intervention chirurgicale. Le cas est différent chez l'homme et chez la femme.

1. — Chez *l'homme,* la présence de l'appareil uro-génital devant la tumeur ainsi que les anastomoses lymphatiques se confondant sur les bords de l'aponévrose de Denonvilliers avec le système rectal, oblige à discerner entre simple adhérence et infiltration.

Les symptômes cliniques *urinaires,* sont interprétés différemment selon les auteurs. Pour la plupart des auteurs et en particulier Gouverneur, un syndrome urinaire, si léger soit-il, mérite d'être pris au sérieux, dénotant déjà bien plus que de l'oedème ou de simples adhérences. Pour Marcou au contraire, de petits troubles mictionnels tels que pollakiurie légère, dysurie, seraient

dûs à l'oedème inflammatoire. Il y aurait donc encore intégrité des organes uro-génitaux, par conséquent pas de contres-indications opératoires.

Si au toucher la tumeur semble faire bloc avec prostate et urètre, il existe de fortes adhérences ou une infiltratation néoplastique de voisinage.

Bensaude donne un autre signe de la propagation à l'appareil uro-génital: en cherchant à faire glisser la tumeur sur les plans profonds le malade est souvent pris de besoins d'uriner et éprouve une vague sensation de tiraillements dans les testicules.

Il ne faudra pas nous attendre à obtenir plus par le toucher rectal, mais nous verrons plus tard que Béniqué et Cystoscope pourront permettre de pousser plus avant nos investigations.

2. — Chez *la femme,* l'infiltration avec les organes antérieurs est de moindre importance, ne touchant que des organes secondaires. Il est intéressant d'apprécier l'état de la paroi postérieure du vagin. L'envahissement, très fréquent, est facile à constanter en combinant toucher rectal et vaginal. Les deux muqueuses libres d'adhérences, glissent parfaitement l'une sur l'autre, formant au contraire nappe s'il y a propagation; mais cela ne présente pas une contre-indication opératoire formelle.

De même, il ne faudra pas rejeter catégoriquement

l'intervention si l'utérus ou une trompe sont pris à leur tour. Les techniques actuelles permettent de faire presque sans risque augmenté l'hystérectomie avec l'amputation rectale en un bloc. Pourtant il faut avouer que les résultats opératoires à distance ne sont guère satisfaisants dans de tels cas.

b) Lorsque le cancer siège sur la *paroi postérieure,* ce sont les adhérences avec le sacrum que l'on recherchera. Anatomiquement celui-ci est séparé du rectum par la lame présacrée qui s'oppose pendant longtemps à l'envahissement néoplasique. Au point de vue chirurgical, elle représente un excellent plan de clivage entre l'os et les tissus voisins. Même une adhérence très forte de la tumeur n'est pas une contre-indication opératoire. Par râclage on arrive assez facilement à enlever tout ce qui est cancéreux, à condition que le néoplasme n'ait pas pénétré l'os lui-même.

c) Les cancers situés sur *les parois latérales* du rectum infiltrent toute la masse cellulo-graisseuse des fosses ichio-rectales. Ces régions latéro-rectales ont une importance toute capitale, parce qu'elles hébergent la voie de propagation habituelle du cancer : tissus cellulo-graisseux et lymphatiques avec leurs ganglions. Il est très difficile à travers les parois épaissies de percevoir les ganglions, d'autant qu'à l'infiltration néoplasique se mêle souvent un processus de périrectite inflammatoire. Celle-

ci est d'ailleurs comme nous le savons, précoce, et son envahissement peut exister bien avant la propagation ganglionnaire et celle des organes voisins. Cela compliquera la recherche des ganglions rétrorectaux et latéraux-sacrés, malgré que ces ganglions puissent être fort volumineux. Même si nous avons la chance de les sentir, il faut tenir compte du degré d'infection qui peut coexister avec l'atteinte néoplasique : des ganglions même très gros ne sont pas nécessairement des ganglions cancéreux. Seule l'histologie en présence de la pièce anatomique pourra faire la part des choses. S'il est exceptionnel de sentir par le toucher les ganglions de la région du promontoire, il n'est jamais possible de percevoir le hile rectal sur lequel Mondor a insisté de façon magistrale. Il est trop haut situé, en moyenne à 16 cm. de l'anus, au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdaire supérieure ce qui correspond à la troisième vertèbre sacrée. Il serait envahi dans 70 % des cas de cancers. Ces ganglions au nombre de 2, 3 ou 4 peuvent être très volumineux, dont l'un plus particulièrement gros, Mondor le désigne sous le nom de « Ganglion du cancer ».

En résumé le toucher rectal si utile pour préciser l'atteinte en largeur, est incapable d'apporter des précisions sur la propagation en hauteur.

II. — LA RECTOSCOPIE

Pour la commodité de la description, nous englobons dans ce chapitre aussi bien la rectoscopie des cancers ampullaires, que celle des cancers susampullaires.

A) Il nous faut bien connaître les DIFFÉRENTS ASPECTS que peut présenter la néoplasme sous la lumière du rectoscope.

1° *Cancer végétant ou ulcéro-végétant.*

Cas le plus fréquent, reconnaissable à son aspect en chou-fleur avec les caractères suivants :

1) Coloration rouge foncée se détachant nettement des tissus voisins beaucoup plus pâles;

2) La tumeur saigne à chaque attouchement;

3) Présente au rectroscope une résistance dure et arrête la progression de l'appareil.

2° *Cancer ulcéreux.*

Forme plutôt rare. Les bords sont fortement indurés, l'ulcération est unique. Hémorragies très fréquentes.

3° *Cancer infiltré.*

Souvent difficile à reconnaître. Epaississement de la paroi, dure, sans végétation ni ulcérations; espèce de plaque blanchâtre ne saignant pas au contact; son carac-

tère essentiel est sa dureté. L'interprétation est souvent épineuse avec les cancers secondaires ou métastatiqus.

B) Ceci dit, voyons quels sont les AVANTAGES DE LA RECTOSCOPIE. Ils sont surtout de trois ordres :

1) *Nécessité de la rectoscopie et de la biopsie dans le cancer ampullaire;*

2) *Dans le néoplasme susampullaire: dépistage de la tumeur souvent impossible à atteindre par le toucher rectal;*

3) *Possibilité de dépasser avec un rectoscope mince un rétrécissement néoplasique que le doigt ne pourra franchir.*

1 *a*) NECESSITÉ DE LA RECTOSCOPIE

Bien que dans la plupart des cas le diagnostic endoscopique soit évident, un examen histologique aura, pour faire accepter une intervention mutilante, un poids beaucoup plus considérable que tous les arguments cliniques non confirmés par la biopsie. Il faut donc faire systématiquement avant chaque intervention le prélèvement toujours sans danger. Personnellement nous n'avons jamais eu de grosses hémorragies consécutives : il suffit de tamponner soigneusement pour réduire l'écoulement sanguin à un simple suintement.

b) LA BIOPSIE

Le diagnostic différentiel peut se poser avec toute une série d'affections recto-sigmoïdiennes. Malgré les nombreuses publications faites à ce sujet, nous pensons qu'il peut toujours être utile d'inisister sur ce point.

La *polypose adénomateuse* dont 46 % des cas (Lynch) 60 % (Kreke) serait à la base du cancer sera toujours examiné avec méfiance.

Les *tumeurs villeuses*, caractérisées par leur surface en grappe, recouvertes par un enduit glaireux que l'on retrouve à la surface des selles, sont d'un diagnostic très délicat. Même pour les médecins habitués aux manœuvres endoscopiques c'est la différenciation des tumeurs villeuses qui constitue le diagnostic crucial avec le cancer du rectum. Cette étude différentielle est dautant plus importante, qu'une tumeur villeuse macroscopiquement bénigne peut comporter des zônes dégénérées que seul fera découvrir l'examen histologique de plusieurs fragments. C'est à Bensaude que revient en France le mérite de cette étude excessivement précise et il en a exposé sa conception dans la thèse récente de son élève Lambling.

Il n'est pas jusqu'aux *hémorroïdes* qui puissent prêter à confusion dans deux circonstances distinctes :

Un état général grave avec cachexie et anémie provoquée par des hémorragies rectales abondantes peut

faire croire à un cancer du rectum, alors que seules les hémorroïdes sont en cause. Dans ce cas l'endoscopie lève tous les doutes.

Un prolapsus hémorroïdaire congestionné, turgescent, partiellement irréductible, peut en imposer dans certains cas pour un cancer anal, alors que d'autres fois, un petit cancer anal sera considéré pendant un certain temps comme des hémorroïdes ulcérées. L'un des malades du Dr Oury et Gouverneur (Obs. XVII) fut soigné pendant deux mois pour des hémorroïdes. Il s'agissait en réalité d'un cancer anal.

La *rectite hypertrophiante,* inflammatoire et proliphérante, peut induire en erreur quoiqu'il existe certaines différences caractéristiques entre elle et le cancer : tandis que le néoplasme est développé sur les différentes parois, saignant au moindre contact, s'effritant au point de pouvoir créer un prélèvement spontané au passage du rectoscope, comme cela nous est arrivé, dans les rectites non cancéreuses, l'image est toute autre : rétrécissement en entonnoir, régulièrement cylindrique, peu friable, ne saignant presque jamais. Pourtant cette différenciation n'a rien d'absolu et il est arrivé quelquefois à la consultation de Saint-Antoine de ne séprarer rétrécissement inflammatoire et cancer qu'après examen histologique.

Bensaude et Caïn ont insisté d'une part sur les *can-*

cers à symptomatologie dysentérique, d'autre part sur la coexistence possible de ces deux affections. Depuis la guerre avec le mélange de toutes les races, l'amibiase est devenue une maladie très fréquente. Sa rectite ulcéreuse avec les pertes de sang et l'affaiblissement qui en est la conséquence directe, attirent bien l'attention du médecin sur le recto-sigmoïde, mais si les antécédents sont nets, si les selles contiennent des amides, on négligera trop souvent la rectoscopie; la dysenterie seule sera mise en cause. Le traitement spécifique fera perdre beaucoup de temps chez un malade déjà affaibli, alors que le rectoscope ferait découvrir le cancer coexistant avec l'amibiase. Nous avons pris l'habitude sur le conseils de notre maître le Dr Bensaude de faire dans tous les cas de dysenterie même prouvés et améliorés par le traitement de base, la rectoscopie, mettant ainsi nos malades à l'abri de fâcheuses erreurs.

2. — DÉPISTAGE D'UNE TUMEUR INACCESSIBLE AU DOITG

Dans les cancers haut situés la valeur du restoscope n'est égalée par aucun autre procédé de recherches. 25 % des néoplasmes des voies digestives basses sont localisées au delà de 12 ctm. Sans doute chez les malades maigres, à parois lâches, on peut arriver en leur demandant de pousser en déprimant la paroi hypogastrique, à sentir le

pôle inférieur de la tumeur, mais cela n'est pas la règle. Au contraire, chez les obèses à parois épaisses se relâchant mal, le toucher rectal ne révèlera rien du tout. C'est dans cette variété de cancers haut situés que la proctoscopie nous rendra de grands services et devient le procédé de choix. Il est d'autant plus intéressant de faire un diagnostic précoce de cette espèce de cancer, que le pronostic est plus favorable dans les localisations hautes. L'exérèse en est plus facile. Souvent nous avons pu envoyer au chirurgien des malades atteints de cancer hauts situés, qui sans l'examen rectoscopique auraient été trainés longtemps sans diagnostic précis.

Selon les conformations de l'S. iliaque le rectoscope nous permet donc d'explorer, avec grande chance de trouver un cancer existant, le gros intestin jusqu'à une hauteur variant entre 25 et 35 ctm.

3. — POSSIBILITÉ DE DÉPASSER EN HAUTEUR LE NÉOPLASME

Si dans la majorité des cas le rectoscope vient buter définitivement contre le pôle inférieur du cancer, il est d'autre cas où on arrive avec un rectoscope plus mince à déborder la tumeur, et on retrouve la paroi rectale saine au dessus d'elle. Cette constatation est toujours de grand intérêt pour le chirurgien, parce quelle indique que le cancer est peu développé et surtout que l'anse

sigmoïde est encore mobile. C'est donc un élément favorable pour l'opérateur prêt à intervenir.

En résumé, nous voyons combien il est indispensable de toujours recourir à la rectoscopie en présence de tout malade ayant le plus minime symptôme ano-rectal.

C. — LES CAUSES D'ERREURS DE LA RECTOSCOPIE

Il nous faut signaler certaines causes d'erreurs toujours possibles, même lorsque la rectoscopie est faite par un spécialiste.

1. — Pour pouvoir apprécier la hauteur exacte à laquelle siège la tumeur il y a une difficulté; il existe à notre avis, plus souvent que ne le disent les classiques, un certain degré *d'invagination*. Au toucher rectal nous constatons ce qui suit : le doigt tombe sur une masse comparable à un gros col utérin avec ses lèvres et la lumière du canal cervical. Tout autour et plus haut on sent une rigole circulaire de muqueuse saine où le doigt peut s'enfoncer. Il existe ainsi un début d'invagination de la tumeur dans la partie ampullaire du rectum qui fait que le néoplasme paraît plus proche qu'il ne l'est en réalité. Mais, d'autre part, il est bien utile de savoir que la position génupectorale par la déclivité qu'elle fait subir à tous le recto-sigmoïde, éloigne une tumeur et fait croire à sa situation à 12 ou 14 ctm. alors que le tou-

cher en décubitus dorsal la rapproche et permet de la sentir au doigts.

2. — Il faut éviter à tout prix dans les cancers encore limités de *dépasser la lésion* et d'aller chercher le cancer que l'on soupçonne beaucoup trop haut. Cela nous est arrivé de temps en temps; pour cette raison, il ne faut pas se contenter d'un seul examen rectoscopique; ce que nous n'avons pu voir aujourd'hui nous pourrons le trouver aisément deux ou trois jours après. Ceci arrive fréquemment lorsque le cancer est caché sous les plis de la muqueuse ou ne se trouve pas dans l'angle de projection de la lumière du rectoscope. Par ailleurs, il faut se méfier de masses fécales qui peuvent obstinément recouvrir le néoplasme, et même simplement la vue d'un rectum sale doit nous inciter à la plus grande prudence. Ce n'est très souvent qu'après l'avoir nettoyé avec patience que l'on pourra découvrir la tumeur soupçonnée.

Tout à l'opposé une rectoscopie facile dans un rectum à muqueuse propre permet presque d'emblée d'exclure le néoplasme aussi bien dans la zone explorée qu'également dans la zone susjacente.

III. — AUTRES PROCÉDÉS DE RECHERCHES

Si le toucher rectal et la rectoscopie n'arrivent pas suffisamment à nous renseigner sur la hauteur de la tumeur, ou si malgré nos soupçons ces deux examens

n'ont rien donné, nous aurons recours au lavement opaque.

a) Pratiquement le LAVEMENT OPAQUE n'est pas nécessaire dans le cancer de l'ampoule rectale, mais il prend toute sa valeur pour faire découvrir un néoplasme inaccessible au toucher rectal.

Trois éventualités peuvent se présenter :

1° La bouillie ne franchit pas la tumeur, distend l'ampoule rectale, ne s'engage que de 1 ou 2 ctm. dans un canal filiforme sans arriver de l'autre côté : obstacle certain correspondant d'ailleurs à des symptômes d'obstruction ou d'occlusion.

2° Le liquide passe par un canal rétréci, le franchit après un temps d'arrêt péniblement. La radiographie montre une image lacunaire et de la distension en amont.

3 °Le lavement opaque ne montre rien d'anormal. Cela peut tenir au petit volume de la tumeur, à sa situation, ou à son développement surtout extrinsèque. Mais l'absence d'image ne nous fera pas rejeter formellement le cancer.

Parmi les recherches que le spécialiste devrait systématiquement faire, citons encore en dernier lieu celles qui seront capables de nous renseigner sur l'atteinte du système uro-génital. Deux moyens sont à notre disposition pour nous faciliter cette tâche, Béniqué et Cystoscope.

b) LE BÉNIQUÉ est un précieux adjuvant pour déce-le rla mobilité de la tumeur rectale sur la tige rigide. Il remplace en l'occurrence chez l'homme, le doigt dans le vagin chez la femme. L'introduction du Béniqué se fera avec prudence. l'urètre pouvant être atteint ce qui est d'ailleurs rare. Si on arrive à faire glisser par des mouvements de va et vient la tumeur sur la tige, nous sommes autorisés à penser qu'il n'y a pas d'adhérences ou qu'elles ne sont que très légères. Le pronostic n'en sera que meilleur et les indications opératoires précises. Le cas contraire nous fera présumer des adhérences solides ou de l'infiltration néoplasique qui se répercuteront sur l'image du trigone et de la vessie au Cystoscope.

c) CYSTOSCOPIE. — Par elle nous découvrirons l'œdème sous toutes ses formes, inflammatoire, bulleux, soit surtout plus important le soulèvement de la région trigonale répondant à la présence de la tumeur derrière elle. Lorsque le malade présente de la cystite l'atteinte vésicale est certaine.

L'infiltration de la prostate encore plus tardive, parce que longtemps protégée par l'aponévrose de Denonvilliers, est d'un mauvais pronostic et doit faire rejeter l'intervention. Si par contre l'infiltration n'est que superficielle, on pourra toujours enlever à l'opération une tranche de tissu prostatique, de même qu'on pourra prati-

quer l'ablation des vésicules séminales et du canal déférent, s'ils devaient être envahis.

B. — LE CANCER SUSAMPULLAITE OU RECTO-SIGMOIDIEN

Moins fréquent que le cancer ampullaire, il est plus difficile à dépister. Sa situation haute le rend dans un grand nombre de cas inaccessible au doigt malgré tous les artifices (palpation bi-manuelle, ou en faisant pousser le malade comme s'il voulait aller à la selle).

Ici, comme nous l'avons dit plus haut, la rectoscopie jouera pour le diagnostic un rôle prépondérant.

Lavement opaque et radiographie complèteront utilement la gamme des examens auxquels le spécialiste devra avoir recours.

Comme nous avons longuement traité toutes ces questions dans le chapitre du cancer ampullaire et pour ne pas nous répéter, nous abordons le cancer anal qu'il nous reste à traiter.

C. — LE CANCER ANAL

a) *Examen local et diagnostic différentiel*

Le cancer anal mérite mieux que les quelques lignes que nous lui consacrons dans ce travail. En effet à notre avis, on peut distinguer deux formes essentiellement dif-

férentes que nous rencontrons dans la pratique courante: une variété douloureuse avec spinctéralgie, infiltrante, et une variété extériorisée et indolore.

1° *Forme infiltrée, ulcéreuse.*

Lorsqu'à la position génupectorale nous faisons le déplissement de la région anale on ne voit rien de particulier; mais à l'introduction du doigt on tombe sur une induration ligneuse extrêmement douloureuse par atteinte du sphincter. Cette douleur dépasse même celle qui est provoquée par une simple fissure anale à cause de sa continuité.

Comme on doit toujours rechercher jusqu'à quelle hauteur remonte le cancer, on anesthésiera la région anale par un badigeonnage à la cocaïne, ou si c'est nécessaire par anesthésie générale en donnant quelques bouffées d'éther au malade.

Lorsqu'il y a ulcération, le diagnostic différentiel se pose avec la fissure, mais les caractères même de l'induration et la biopsie éviteront de commettre cette erreur.

En second lieu ce qui facilitera le diagnostic, ce sont les douleurs intolérables qui amèneront le malade à la consultation. Il ne les ressentira pas seulement au moment de la défécation, mais aussi en dehors de tout acte rectal, se manifestant par des lancinements et une acuité très violente.

2° *Forme végétante:*

Elle a comme caractères principaux d'être relativement indolore et de s'extérioriser.

1. Extérieurement on voit, simplement en déplissant la muqueuse anale, un bourrelet dur, rouge, végétant avec des petites saillies qui rendent le diagnostic très délicat.

2. Au toucher rectal dans la majorité des cas aisément praticable, on sent à l'intérieur du canal anal d'un côté une véritable coulée remontant très haut.

A plusieurs reprises nous avons été dans notre service en difficulté quant à l'origine de cette tumeur.

Avant tout la confusion est possible avec le condylome vénérien et dans les cas que nous avons vus, seule la biopsie a pu nous donner le diagnostic différentiel. En particulier l'un d'eux nous a frappé; il se présentait sous l'aspect d'un bourrelet rouge dur; la jeunesse du malade (24 ans) nous faisait reculer devant le diagnostic de cancer anal, mais la biopsie a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma baso-cellulaire.

Nous pensons donc que cette forme doit retenir tout spécialement l'attention des médecins, surtout à cause de la difficulté que crée le diagnostic.

Quelquefois on pourrait aussi envisager la possibilité d'hémorroïdes, prolabées en dehors du canal anal. Mais la différenciation est plus facile.

Chez *la femme,* le toucher vaginal sera d'un utile secours au toucher rectal et dans les cas ou on hésite entre cancer, condylome et hémorroïdes, l'infiltration constante de la paroi vaginale en cas de cancer sera un important élément de diagnostic différentiel.

En plus, en déprimant la paroi postérieure du vagin, on déplisse la paroi antérieure du rectum. On peut ainsi refouler par le vagin la région sussphinctérienne et la rendre plus facile à l'examen. Cette manœuvre, peu connue, très utile et simple, nous semble mériter d'être généralisée.

b) *Examen général*

Après l'examen local, on recherchera les ganglions inguinaux si importants dans le cancer anal. L'interprétation en est souvent difficile. Exceptionnellement, malgré les recherches attentives on ne trouve aucun ganglion inguinal; mais plus souvent on se trouve très embarrassé, car on constate d'un côté ou de l'autre ou même des deux côtés la présence de petits ganglions sans grande particularité ni caractère, et auxquels sans la présence de la tumeur on n'attacherait aucune importance. Doit-on conseiller systématiquement le curage des creux de l'aine ? Nous ne le pensons pas dans tous les cas; c'est une question d'espèce qui est laissée à l'appréciation du chirurgien, mais il faut bien savoir qu'une abla-

tion même large de la tumeur ne donnera pas de résultat à distance satisfaisant, sans curage des ganglions inguinaux. Enfin fréquemment on trouve précocement dans les aines de petits ganglions durs, indolores, de grosseurs variables, qui viennent signer la nature néoplasique de la lésion rectale. Ici plus d'hésitation possible : curage large avec vérification histologique de un ou plusieurs ganglions.

CONCLUSIONS

L'ensemble de ces moyens d'investigation permettra de fournir d'utiles indiccations opératoires, mais il est toujours extrêmement difficile cliniquement d'apprécier l'envahissement ganglionnaire, et c'est pourtant de lui que dépendra une partie du succès de l'opération et surtout la survie à distance du malade.

II. — L'EXAMEN GÉNÉRAL DANS LES CANCERS RECTO-SIGNOIDIENS

L'examen local seul ne suffit pas pour affirmer la possibilité d'exérèse. Il faudra faire un examen général très détaillé. Les contre-indications rendant l'intervention impossible sont les maladies de cœur décompensées, la tuberculose, le diabète, l'albuminerie; d'autres tiennent à la cachexie avancée et surtout aux métastases hépatiques ou pulmonaires.

Entre le cas franchement opérable et les inopérables il y a toute une série de cas intermédiaires, cas limites.

Pour tous ces cas douteux, nous laisseront prendre la décision a uchirurgien qui comme nous le verrons, commencera pas un anus iliaque.

III. — LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

Nous venons de voir comment on arrive à un diagnostic précis du cancer du rectum. Dans le traitement du cancer recto-sigmoïdien existe-t-il d'autres méthodes qui puissent être mises en balance avec l'intervention chirurgicale ? Nous pensons que mieux vaut tenter la chirurgie avec tous ses risques que de se contenter d'un traitement palliatif qui, il y a quelques années pouvait faire naître des espoirs depuis lors déçus.

Le radium, les rayons X et autres traitements internes seront réservés aux cancers véritablement inopérables. D'une part l'hypersensibilité de la muqueuse saine rectale, d'autre part l'hyposensibilité de l'épithélioma cylindrique à l'action des rayans et du radium rendent ce traitement aléatoire. Les auteurs allemands signalent de gros dangers : hémorrogie, ténesme pénible (Florecken), accélération de l'évolution fatale (Moscovitz), rectites et sténoses surajoutées au néoplasme que nous avons eu l'occasion de constater nous-même.

Kuttner, dans une statistique de 170 cas, cite un seul succès après 5 ans et encore s'agit-il d'une récidive irradiée. Chez nous Hartmann, Bérard et d'autres sont formellement contre. Nous-même sommes de cet avis. D'ailleurs dans aucune des statistiques publiées jusqu'à ce jour il n'a été question de guérison; à côté d'améliorations très souvent que passagères (sédation des douleurs et parfois arrêt des hémorragies) nous y trouvons de nombreux cas d'aggravation.

L'anus iliaque donne incontestablement de meilleurs résultats et crée moins de risques. La méthode de Neumann et Corynne employée dans les cancers très avancés semble étendre le taux d'opérabilité. Elle consiste à faire un anus iliaque définitif, puis d'employer la curiepuncture pour obtenir la sclérose du rectum. On établira des barrages en posant tangentiellement, puis perpendiculairement, finalement près des voies lymphatiques des aiguilles radifères. Le dernier temps visera à faire l'amputation du rectum sclérosé. Actuellement il est encore trop tôt pour pouvoir en tirer des conclusions utiles.

Nous éliminons pour le moment les traitements internes, *magnésium, plomb,* etc., qui sont à l'étude et qui ne sont que des adjuvants du traitement chirurgical ou une consolation pour les malades inopérables.

En définitive il n'est qu'une méthode qui puisse faire espérer quelques résultats dans le cancer du rectum,

c'est la chirurgie. Traitement palliatif en cas de cancer inopérable par anus iliaque. Cure radicale, plus dangereuse dans les cancers opérables.

Malgré les dangers, nous pensons qu'en toute conscience, on doit à l'heure actuelle oser faire courir ce risque à un malade atteint de cancer du rectum.

CHAPITRE III

Le rôle du chirurgien

Depuis plus d'un an nous envoyons tous nos malades ayant des néoplames recto-sigmoïdiens de notre service de Saint-Antoine à la Charité au service du docteur BAUMGARTNER ou le docteur GOUVERNEUR les opère.

L'intervention chirurgicale est dans 'état actuel le seul traitement logique et radical pour les malades atteints de cancer recto-sigmoïdien. Malgré les progrès réalisés depuis quelque dix ans elle est toujours très meurtrière, parce que dans la majorité des cas le chirurgien aura à intervenir chez des malades dont le cancer est volumineux ou a déjà infiltré les organes voisins. Pour cette raison l'opération reste sanglante et compliquée.

L'exérèse est difficile, les soins postopératoires délicats. Il faut donc que le chirurgien possède à fond la technique si spéciale de la chirurgie rectale.

Après une cure radicale du cancer du rectum même admirablement conduite et pendant laquelle aucun incident n'a aggravé l'acte chirurgical, l'opéré reste pendant

8 ou 15 jours exposé à toute une série de complications et aléas. Pendant cette période il faudra de la part du chirurgien une surveillance bi-quotidienne minutieuse de son malade, et un personnel hospitalier averti et bien stylé. Ces deux facteurs contribuent dans une large mesure au succès opératoire ce que pouvent d'ailleurs certaines statistiques.

I. — LE TAUX D'OPÉRABILITÉ

a) LES STATISTIQUES

La valeur des statistiques est malheureusement diminuée parce que le taux d'opérabilité varie à l'extrême d'un auteur à l'autre. Comparons par exemple les chiffres que donnent Mondor et Chalier : Boas 19 %, Kocher 67,48 %, Bergmann 80,65 % Jonnesco 82 %. Plus récemment, nous trouvons dans les publications de Rankin 54, % de Kuttner 32 %, de Harmann à peu près 50 % de taux d'opérabilité. Vu l'état souvent tardif dans lequel le malade le présente au chirurgien, celui-ci a la lourde responsabilité de préconiser ou de rejeter la cure radicale et on comprend que selon son tempérament, selon l'expérience qu'il aura acquise ce taux opératoire prendra une signification toute personnelle.

Dans les cas relativement faciles à opérer la question de l'intervention radicale ne se pose pas; mais elle devient

extrêmement épineuse dès qu'il s'agit de néoplasiques avancés, ceux que nous appelons les cas « limites », chez lesquels l'intervention sera compliqués, très shokante et dont le résultat à distance dépendra en grande partie de la réussite de l'opération même. Chez de tels cas la difficulté peut surgir au moment de l'intervention. Il arrive par exemple que le chirurgien s'aperçoit pendant une périnéale déjà largement en train, que la tumeur dépasse en hauteur de loin les limites supposées. La voie basse ne suffira donc pas pour faire une exérèse présentant quelque chance de réussite. L'opérateur ne pourra abandonner son malade, il lui faudra à ce moment prendre la décision qui s'impose, c'est-à-dire terminer par la voie abdominale.

b) TAUX ET MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Il existe, comme il faut s'y attendre, un parallélisme étroit entre le taux des interventions curatives et la mortalité opératoire. Plus le chirurgien est interventionniste, plus ses stastiques accusent de décès opératoire. Mais si les résultats immédiats sont moins bons, le taux des survies à distance sera plus élevé.

Nous voyons donc tout ce que les statistiques du taux d'opérabilité peuvent avoir d'arbitraire et que leur base repose essentiellement sur le pourcentage d'opérabilité, personnel à chaque opérateur, variable selon que celui-

ci poussera plus ou moins loin les indications d'exérèse.

Pour nous, tant qu'il y a une lueur d'espoir de sauver notre malade par l'intervention chirurgicale, nous avons recours à celle-ci, plutôt que de l'abandonner au traitement palliatif; pour cette raison notre statistique d'opébilité est très forte (83 %).

II. — LES PRINCIPES DIRECTEURS DU TRAITEMENT RADICAL

Le but à atteindre est l'ablation large de la tumeur, des tissus voisins et des territoirs ganglionnaires tributaires. Si cette exérèse peut se faire en conservant les fonctions de l'organe, en l'espèce le sphincter, c'est certainement l'opération idéale. Nous allons voir comment et dans quelle mesure ces deux désidérata peuvent être satisfaits.

A. — EXÉRÈSE EN LARGEUR ET EN HAUTEUR

L'anatomie normale, l'anatomie pathologique et l'expérience nous fournissent les données desquelles nous nous inspirons.

L'anatomie nous montre les connexions étroites du rectum avec tous les organes avoisinants par l'intermédiaire du tissu cellulaire lâche contenant graisse, lymphatiques et vaisseaux, les aponévroses de Denouvilliers et présacrée. L'anatomie pathologique nous apprend le mode de

propagation du cancer vers le centre et la périphérie, l'expérience nous fait juger par les résultats à distance si la cure a été véritablement radicale.

1) Pour le *rectum* même la section se fera en haut comme en bas à plusieurs centimètres de la lésion anatomique visible; ainsi on sera sûr d'avoir débordé largement l'infiltration néoplasique de la sous-muqueuse et de se trouver en tissu sain.

2) L'ablation *en largeur* de la tumeur intéressera à la fois la graisse de remplissage avec ses trousseaux fibreux contenant nerfs et vaisseaux des fosses ichio-rectales, en plus le curage de la région présacrée.

Chez l'*homme,* comme l'a montré Reinhold dans sa thèse inspirée par Cunéo, il faudra passer en avant de l'aponévrose de Denouvilliers. Cette libération représente une des phases les plus difficiles de l'exérèse.

Chez la *femme* il faudra faire l'ablation en un bloc de la néoplasie rectale et de la paroi vaginale postérieure, intervention qui loin de compliquer l'opération, la facilitera par la suppression du temps de dédoublement de la cloison recto-vaginale, toujours délicat. En effet, il suffit de deux larges coups de ciseaux au niveau de la paroi postérieure vaginale pour faire tomber d'un seul coup les attaches antérieures de la tumeur à enlever.

3) En *hauteur* c'est l'extirpation du hile ganglionnaire

toujours très éloigné de l'anus qui inspire la technique opératoire et qui fera rejeter par un bon nombre de chirurgiens la voie d'accès facile, la périnéale.

B. — CONSERVATION DU SPHINCTER

La conservation du sphincter est impossible dans tous les cas où la tumeur est située trop près de lui, soit à moins de 5 ctm. de l'anus. Par ailleurs après des interventions pratiquées dans le proche voisinage le sphincter devient très souvent incontinent, ne remplit donc plus son rôle physiologique. Finanlement il peut être une source de récidives.

Pour toutes ces raisons on ne le conserve pas dans la majorité des cures radicales.

C. — LES RÉCIDIVES

Par une exérèse large et haute avec ablation du sphincter nous aurons le maximum de chances d'éviter à notre malade les récidives qui viennent si souvent compromettre le résultat de l'intervention.

Les récidives apparaissent comme il est assez logique de le prévoir le plus souvent dans la sphère du néoplasme opéré. Petersen cite 60 %, Mandel 66 % de récidives locales. Parmi celles-ci il y a une nette prédilection pour le tissu cellulaire périrectal et les ganglions régionaux

(50 %). Puis dans l'ordre pour le moignon du rectum (7 %) enfin pour les ganglions à distance (3 %).

III. — LE CHOIX DE LA VOIE D'ACCÈS

Le choix de la voie d'accès traduit l'opinion individuelle de chaque opérateur. L'un préférera telle voie parce qu'elle lui donnera avec moins de risques plus de satisfaction immédiate, l'autre voudra obtenir avant tout une longue survie de son opéré.

Les statistiques donnent à ce sujet des renseignements intéressants. La mortalité opératoire prise en bloc est de 30 %. Mais dans les interventions basses elle n'est que de 20 %, avec 30 à 40 % de récidives et 15 à 25 % de guérisons durables.

Dans la voie combinée le taux de mortalité opératoire est très élevé : il atteint presque 40 %; par contre les récidives sont seulement de 20 %, les guérisons durables d'à peu près 36 %.

Le chirurgien se trouve donc devant le problème difficile à résoudre d'une intervention bénigne avec résultats éloignés incertains, la périnéale, ou d'une intervention dangereuse mais avec survie appréciable, l'abdomino-périnale. Beaucoup de chirurgiens en arrivent à employer en général une opération type à laquelle ils donnent leur préférence.

Goldschmitt, dans un travail publié récemment, résu-

me l'opinion de 116 chirurgiens, employant 6 méthodes différentes et il arrive à une conclusion plutôt inattendue : dans les derniers 8 ans il a y presque autant de chirurgiens employant la voie abdomino-périnéale que pratiquant les voies basses. Il est vrai que cette statistique cite surtout les auteurs allemands chez lesquels la voie sacrée a toujours beaucoup de partisans.

Voici les 6 groupes qu'il cite :

1er Groupe : 34 auteurs : méthode sacro-périnéale avec ou sans anus iliaque provisoire; 7 avec sphincter, les autres sans.

2e Groupe : 50 auteurs : méthode abdomino-périnéale et ablation de l'anse sigmoïde et du rectum avec anus iliaque définitif tous sauf 5 qui veulent garder le sphincter anal.

3e Groupe : 15 auteurs : anus iliaque définitif avec amputation périnéale.

4e Groupe : 4 auteurs : anus iliaque définitif avec résection abdominale.

5e Groupe : quelques auteurs : voie vaginale chez la femme.

6e Groupe : 13 auteurs : méthode particulière suivant les cas.

Sans vouloir nier l'avantage de l'intervention type, surtout parce que le chirurgien acquiert une grande sûreté

et habileté technique, nous pensons que le système individuel est préférable. Chaque malade atteint de cancer recto-sigmoïdien pose un problème à lui, problème insoluble par une opération type, mais dépendant de l'individualité du malade, de son état local, de la hauteur de la lésion et finalement de son état général. L'intervention chirurgicale s'adaptera à chaque cas et devra donner à l'opérateur le maximum de sécurité possible pour le présent et l'avenir.

IV. — LES VOIES D'ACCÈS

Pratiquement il y a trois voies d'accès : voie basse, voie combinée et la voie haute. Nous allons essayer de faire la critique de ces différentes méthodes et d'en rechercher les avantages et les inconvénients.

A. — LES VOIES NATURELLES

1) LA VOIE TRANSANALE

Nous ne voulons que la mentionner. Elle demande un ensemble de conditions favorables, rarement réalisées : tumeur située près de la région spinctérienne, en forme de sténose annulaire; prolabée ou mobile au p oint de se laisser abaisser après dilatation de l'anus jusqu'en dehors du rectum. Hartmann dans une publication récente a employé ce procédé une seule fois sur 413 opérations.

2) LA VOIE TRANSVAGINALE

Employée par quelques chirurgiens, mise au point par Chalier et Rehm, elle aurait l'avantage d'être très peu traumatisante, donc bénigne. Ses auteurs l'emploient dans les cas respectant le spincter, soit à partir de 4 ctm. de l'anus, chez des malades à état général défectueux, en état d'obstruction ou d'occlusion. Roussel dans sa thèse préconisant ce procédé vante ses qualités : accès large et facile, asepsie absolue, faible mortalité opératoire, continence parfaite du sphincter, résultat à distance « pas plus mauvais que les autres interventions ». Rapp et Heydenreich donnent deux contre-indications : rétrécissement bi-ichiatique dans les bassins rétrécis et existence d'une affection génitale inflammatoire.

A notre avis cette méthode est avant tout une voie d'exception qu'on utilisera rarement; il nous semble impossible de faire l'ablation suffisamment large de la tumeur pour éviter les récidives. Nous n'avons d'ailleurs pas eu l'occasion de l'essayer.

B. — LA VOIE PÉRINALE

Elle est comme nous l'avons dit parmi les trois grandes voies d'accès celle qui permet l'intervention la plus bénigne, donnant la mortalité opératoire la plus faible. Certaines statistiques vont au-dessous de 10 %. Deux

procédés sont en vogue : la périnéale simple et l'opération sacrée ou sacrococcygienne.

1) OPÉRATION PÉRINÉALE DE LISFRANC

Elle est employée depuis 1826 dans les cancers dont on peut facilement accrocher avec le doigt le pôle supérieur par le toucher rectal. Elle se fait en amputation et résection. la première méthode est moins grave que la seconde qui accuse presque le double de mortalité.

Les difficultés techniques résident avant tout chez l'homme dans le clivage des plans antérieures, qui doit séparer rectum et organes génito-urinaires. Il faudra enlever toute l'aponévrose de Denonvilliers de bas en haut et comme elle adhère fortement au plan sousjacent des lésions sont toujours possibles; c'est l'urètre qu'il faudra ménager et la façon la plus sûre d'y arriver consiste à placer un béniqué dans le canal de l'urètre. Ainsi on pourra à tout moment de l'intervention contrôler la situation exacte de la tige rigide. Les autres temps opératoires ne présentent guère de difficultés : la libération est facile sur les côtés et en arrière.

2) L'OPÉRATION PÉRINÉALE ÉLARGIE MODERNISÉE

L'opération de Lisfranc doit en largeur aller plus loin que ne le disent les classiques. Il faut nettement enlever

toute la graisse des fosses ichio-rectales, sectionner les releveurs loin de leurs attaches rectales, près de leurs attaches pelviennes. Après l'opération et le rectum enlevé, on doit apercevoir une loge à parois nettes, constituée en arrière par le sacrum sur lequel court l'artère sacrée moyenne et quelques vaisseaux; en avant par l'urètre, la base et la face postérieure de la prostate, juste recouverte par sa capsule; latéralement par la face interne des muscles obturateurs avec les aponévroses.

Si l'exérèse en largeur se fait d'une façon suffisante, cette opération présente 'linconvénient de ne pas monter assez en hauteur. Le reproche était surtout vrai quand on cherchait à abaisser le colon pelvien et le bout supérieur du rectum au niveau de la peau du périnée. Dans ces conditions on était obligé de faire subir à l'intestin une traction qui n'était pas sans inconvénients, et la partie saine de l'intestin au-dessus de la tumeur n'était pas assez vascularisée.

Actuellement nous préférons, suivant en cela la technique de Miles, sectionner l'intestin plus haut, fermer complètement et enfouir le bout colique qui sera abandonné au-dessus du péritoine suturé.

Pour permettre d'élargir la brèche opératoire Quenu et Baudet enlèvent le coccyx, obtieennnt artificiellement plus de jour. La péritonisation et la section du rectum pourront se faire plus haut et plus facilement. Comme

précédemment le bout inférieur sera enfoui profondément au-dessus du péritoine, fermé par deux surjets.

3) LA RÉSECTION COCCYPÉRINÉALE

Opération de Kochner, elle est plus compliquée par le temps difficile de la fixation de l'intestin au bout supériel anal. Cet abaissement entraîne avec lui des risques assez grands pour que nous soyons enclins à le rejeter. Aussi dans la majorité des cas nous ne l'employons pas, sauf s'il existe des conditions exceptionnellement favorables.

CRITIQUE DE LA VOIE PÉRINÉALE

Il nous paraît qu'on peut facilement par la périnéale élargie sectionner l'intestin en zone saine, à condition que la tumeur ne dépasse pas en hauteur par son pôle supérieur 10 ctm. Dans ces conditions on peut extirper de 18 à 25 ctm. d'intestin. Ces chiffres sont d'ailleurs approximatifs, sujets à variation, tenant compte suivant les malades des possibilités d'abaissement, de décollement des mésos plus ou moins longs ou graisseux.

Par contre il reste un doute sur l'ablation si importante des ganglions lymphatiques. Si on veut éviter une récidive il est indispensable d'enlever le hile vasculo-lymphatique du rectum situé comme nous le savons sur

sa face postérieure à une hauteur de 15 ou 16 ctm. Pour avoir un résultat satisfaisant il faut que l'exérèse porte sur 2 ou 3 ctm. au-dessus du carrefour lymphatique. A condition d'ouvrir largement le cul de sac péritonéal et de ne pas se contenter d'une simple brèche, en sectionnant sur les côtés le péritoine au niveau des fosses latéro-rectales, on arrive à donner une certaine mobilité à l'intestin et la main peut parfaitement aller râcler en arrière du rectum les tissus supposés pathologiques et abaisser assez le rectum pour enlever le carrefour vasculo-lymphatique.

4) LA VOIE SACRÉE

Les Allemands voulant opérer dans des conditions plus avantageuses, emploient encore maintenant la voie sacrée. Ils font une résection temporaire ou définitive remontant jusqu'au troisième trou sacré pour certains auteurs. En France, cette voie est presque délaissée. La plaie opératoire formidable expose à toutes les complications de l'infection et Rotter cite jusqu'à 71 % de mortalité opératoire due à des phlegmons, de la cellulite ou à de la péritonite.

Nous n'avons pas d'expérience de cette intervention ne l'ayant jamais employée; par conséquent nous ne pouvons la critiquer.

C. — LA VOIE ABDOMINO-PÉRINALE, VOIE COMBINÉE

I. TECHNIQUE

Théoriquement, c'est la voie idéale parcequ'elle facilite l'accès de la tumeur, elle en simplifie l'exérèse, elle permet au chirurgien de travailler au grand jour et de vérifier si la propagation cancéreuse ne dépasse pas les limites supposées.

Prônée par Gaudier, Quenu, Hartmann, Mondor et Chalier, elle se fait en deux temps.

1° *Temps abdominal:* Laparotomie médiane sousombilicale, suivie après libération de la section de l'anse sigmoïde en prenant soin de ménager la vascularisation du bout inférieur intestinal mobile, qui constituera plus tard l'anus iliaque définitif. Le décollement rétro-rectal ne présente pas de grandes difficultés et peut être poussé assez loin; par contre, la libération antérieure est plus délicate par suite de la présence des organes génito-urinaires chez l'homme.

Chez la femme on pourra associer à cette phase abdominale l'hystérectomie totale qui présente des avantages indéniables. Elle met la malade à l'abri des récidives, toujours à craindre dans un organe qui a des connexions si étroites avec le système lymphatique rectal, qui d'autre part est une véritable source d'infection pouvant

compromettre le résultat de l'intervention. L'hystérectomie facilitera en créant de l'espace, l'ablation des cancers du haut rectum et rendra le drainage du champ opératoire plus parfait. Cette phase opératoire se fait d'ailleurs en un bloc avec la résection du rectum et n'augmente pas de beaucoup la durée de l'intervention.

2° *Temps périnéal:* c'est l'extirpation du rectum avec son sphincter et tout le tissu périrectal, parcouru par les vaisseaux lymphatiques avec leurs relais ganglionnaires. C'est avant tout l'évidement de la graisse de remplissage si fréquemment envahie par la propagation de voisinage. Les releveurs seront sectionnés très en dehors au ras du bassin. Plus l'évidement sera large, moins on aura à risquer les récidives qui se développent comme nous savons avec prédilection dans la zone périrectale.

L'abaissement au périnée du colon pelvien et du haut rectum est abandonné. La cause en est le risque de sphacèle par ischémie. Mondor et Chalier ont bien mis cette question au point : « les arcades anastomotiques des vaisseaux nourriciers sont souvent éloignés de l'intestin. Si l'on veut que l'intestin abaissé soit nourri, il faut lui conserver une large part de son méso. Il ne faut pas dérouler l'intestin, il faut l'abaisser. Toute section du méso portant à moins de 3 centimètres du bord interne et suivant ce bord, risque de supprimer tous les vaisseaux du segment correspondant. » La conclusion des deux auteurs est :

Qu'il ne faut abaisser l'intestin pelvien que s'il peut profiter jusqu'au bout de son méso nourricier. Il y a donc toute une catégorie de malades chez lesquels ce procédé n'est pas applicable, soit tous ceux qui n'ont qu'un méso court et serré. L'anus iliaque définitif sera donc préférable.

En résumé, voici ce que nous enlevons par la voie combinée : le mésocolon, une partie du colon sigmoïde, le rectum, le péritoine voisin, les releveurs de l'anus et finalement le sphincter et le tissu graisseux des fosses ichio-rectales.

II. LES RÉSULTATS

a) LES AVANTAGES DE LA VOIE COMBINÉE

Au point de vue chirurgical, elle permet l'intervention dans des conditions de clarté qui n'est égalée par aucune autre méthode. Par l'exérèse complète tant en largeur qu'en hauteur elle amoindrit les risques de récidives et donne des résultats à distance supérieurs à toutes les autres voies. La suppression du tissu périrectal et du hile ganglionnaire, c'est-à-dire des deux sources habituelles de récidives, nous fait aisément comprendre que cette intervention anatomique puisse aboutir à distance à des résultats favorables.

Un autre avantage qui n'est pas négligeable, est la possibilité d'une hémostase rationnelle des pédicules hémor-

roïdaux supérieurs et moyens, si faciles à ligaturer dans la voie combinée.

b) LES INCONVÉNIENTS DE LA VOIE COMBINÉE

La mortalité opératoire atteint peesque 40 % et cela malgré les perfectionnements apportés depuis quelques dix ans ; les statistiques ne montrent d'ailleurs pas d'abaissement de la mortalité depuis cette période. Faut-il incriminer la technique opératoire de ce résultat? Nous ne le pensons pas. Certes, pendant l'intervention qui n'est pas démunie de difficultés, on peut avoir certains accidents.

1° *Les accidents pendant l'opération* sont plutôt rares. Il peut arriver qu'on lèse pendant le décollement antérieur les uretères ou la vessie; mais ces accidents sont réparables et contribuent pour peu dans les causes de mortalité.

Les défaillances cardiaques, l'embolie sont redoutables et en rapport avec la longue durée de l'intervention.

Que l'habileté professionnelle joue un très grand rôle dans une opération aussi complexe que la voie combinée, ce n'est pas douteux. Mais même l'exérèse faite dans des conditions d'intervention impeccables, où il n'y a eu aucune faute technique, peut donner lieu à une issue fatale. Cela pour différentes raisons.

2° *L'infection.* — La large plaie expose tout particu-

lièrement à cet accident. L'ouverture par le scalpel de toute une série de vaisseaux lymphatiques gorgés de microbes, inondant le champ opératoire, ne contribue certainement pas à le garder stérile. De là la cellulite avec toutes ses redoutables conséquences, les phlegmons, la lymphangite, la péritonite plus rare il est vrai.

Cette infection apparaît vers le troisième jour, alors que le malade semblait avoir parfaitement supporté l'intervention. Dans la majorité des cas elle enlève l'opéré en quelques jours.

3° *Le shok.* — Tous les malades ayant subi cette grave opération sont plus ou moins shokés. La résistance physique interviendra pour chacun, selon son tempérament ou sa constitution; celui dont l'état général aura déjà eu à souffrir par l'atteinte du cancer sera plus touché que tel autre dont l'affection est restée purement locale. Naturellement ces malades sont plus exposés au danger de l'infection que les autres.

4° *Les hémorragies* précoces ou secondaires à l'infection, sont plutôt rares, mais dangereuses parce que touchant un individu affaibli.

5° *Les accidents urinaires.* — Chaque opéré du rectum et surtout ceux ayant été traités par la voie combinée, crée un légitime souci au chirurgien par les complications, inévitables semble-t-il, survenant dès le deuxième

jour. Lorsque tout se borne à une simple rétention passagère des urines, il s'agit d'un petit incident sans gravité, ce qui est d'ailleurs le cas habituel. Mais s'il y a blocage du rein, l'issue fatale ne fait pas de doute. La cause en est obscure : s'agit-il comme quelques auteurs pensent, de troubles trophiques par destruction de filets nerveux vésicaux du plexus hypogastrique ou d'un réflexe péritonéal.

A différentes reprises, cette complication est venue enlever notre opéré par l'urémie, au sixième ou septième jour.

6° *Les accidents tardifs t*els que la broncho-pneumonie due à l'emploi de l'éther ou la pneumonie hypostatique, les escarres sont plus fréquents dans cette voie que dans les deux autres.

L'opération abdomino-périnéale présente donc à côté des avantages réels que nous avons énumérés, une série d'inconvénients graves qui nous la fera appliquer à un nombre limité de cas choisis judicieusement. Aussi séduisante que puisse paraître une opération au jour large, à la technique précise et élégante, cela ne compense pas à notre avis les risques auxquels nous exposons le malade atteint de cancer recto-sigmoïdien.

D. — LA VOIE ABDOMINALE HAUTE

I. TECHNIQUE

L'opération de Hartmann consiste à faire après laparotomie par incision latérale ou médiane, la résection en bloc de la tumeur et des segments voisins avec le méso correspondant. Le bout inférieur rectal, soit 4 à 5 centimètres de cylindre rectal, est abandonné sur place. Le bout supérieur colique servira d'anus iliaque définitif.

II. CRITIQUE

Cette intervention se caractérise par sa grande bénignité. Dans une publication de 1927, Hartmann cite sur 31 opérations seulement deux cas de mort. Cette faible mortalité opératoire est la conséquence de la facilité de l'exérèse, de la bénignité du shok, de la rareté de l'infection. Par ailleurs, les douleurs sont relativement peu vives et les pansements peu gênants.

Mais il faudra veiller que la section de l'intestin se fasse franchement au-dessous du néoplasme en zone saine. Les lèvres du péritoine incisé seront suturées par des points séparés et recouvriront le moignon rectal.

Cette voie s'adresse donc surtout aux néoplasmes haut situés. Elle ne devra jamais être faite dans les cancers ampullaires; car dès que l'on veut décoller trop bas, les difficultés s'accumulent. Plutôt que d'abandonner une

suture en pleine zone pelvi-rectale supérieure, ce qui est toujours dangereux, il faudra terminer l'intervention abdominale par une périnéale. (Obs. XXIII.)

V. — LES PROCÉDÉS POUR SIMPLIFIER OU RENDRE MOINS DANGEREUSES LES INTERVENTIONS RADICALES

A. LA RÉSECTION

Dans la résection nous enlevons le rectum, mais nous conservons le sphincter dans l'espoir de pouvoir y rattacher le bout inférieur colique et d'éviter ainsi l'anus artificiel.

Les conditions propices à la conservation du sphincter sont malheureusement rarement réalisées. Trop souvent le cancer siège trop près de l'anus. Lorsqu'il ne se trouve pas à au moins 5 centimètres du sphincter, on doit rejeter formellement la résection. Même ceux qui ont une tendance à employer cette méthode avouent qu'elle présente une complication, qu'elle aggrave l'opération, finalement qu'elle ne réalise pas toujours le résultat escompté.

Nous la réserverons donc aux porteurs de petites tumeurs à distance du sphincter. Mais ces cas sont très rares en pratique. Pour notre part, nous employons presque toujours l'amputation.

B. L'AMPUTATION

L'amputation consiste en l'ablation du rectum et de toute la région sphinctérienne. Elle aboutit donc nécessairement au sacrifice de l'anus naturel et à la création de l'anus artificiel iliaque, sacré ou périnéal. Chercher à éviter dans une opération aussi mutilante que celle du cancer du rectum une infirmité telle que l'exérèse du sphincter n'est qu'accessoire. D'abord il n'est pas sûr que le sphincter restera continent, ensuite il peut donner dans un temps plus ou moins rapproché des récidives. Il nous semble que pour ces deux raisons l'amputation est préférable.

C. LA LAPAROTOMIE

Dans la voie combinée, la première phase chirurgicale consiste à faire la laparotomie médiane sousombilicale ; de même dans la voie abdominale haute on commence par l'incision médiane ou pariétale. Elle a son utilité par les renseignements précieux qu'elle sera capable de fournir sur la situation et la localisation de la tumeur, sur la propagation dans le proche voisinage et à distance. Elle permet de rechercher avec quelque sûreté dans les cas douteux les métastases dans le foie et les organes de l'abdomen.

La constatation de l'état de l'anse sigmoïde est toujours

intéressante: très vascularisée, ballonnée, nettement dilatée, elle fera penser que le cancer doit obstruer la lumière intestinale et que cette stase mécanique a déjà eu sa répercussion sur l'anse intestinale susjacente.

La laparotomie peut donc donner dans certains cas au chirurgien l'indication nécessaire à la technique opératoire que l'on emploiera pour le cas spécial. Chez d'autres malades elle fera rejeter la cure radicale. (Obs. XXVI, XXVIII, XXX.)

A côté des renseignements pathologiques qu'elle nous fournit, elle permet en même temps de faire l'anus iliaque, que nous utilisons dans la plupart des cancers du rectum, étant partisans de l'amputation.

D. ANUS ILIAQUE. — SES AVANTAGES

Dans certains cas que nous ne faisons que mentionner, il y a nécessité urgente d'instituer l'anus iliaque artificiel après laparotomie exploratrice; surtout chez les malades venant au service avec des symptômes d'obstruction ou d'occlusion d'origine néoplasique.

a) L'ANUS ILIAQUE PRÉALABLE

Dans un grand nombre de cas nous cherchons à obtenir par l'institution d'un anus iliaque, six semaines avant la cure radicale une amélioration de l'état général et local.

Dans un organe aussi septique que le rectum et la partie terminale du sigmoïde, la stase provoquée par la présence d'un corps étranger en l'espèce la tumeur, influence défavorablement et l'état local et l'état général. La virulence de la flore bactérienne est augmentée, les processus de putréfaction sont exagérés, le malade est intoxiqué. L'anus iliaque et tout anus artificiel aura pour but une dérivation des matières, une diminution de l'intoxication et une mise au repos absolue de la partie cancéreuse. Par des nettoyages et grands lavages bi-quotidiens la désinfection sera possible, au moins dans une certaine mesure. Les résultats que peuvent donner l'anus iliaque sont très souvent des plus heureux: récupération des forces, reprise de l'appétit et du poids, recoloration du facies, témoignent de l'amélioration de l'état général. La suppression quelquefois immédiate de la diarrhée, des douleurs, des écoulements glaireux, est le résultat de l'amélioration locale.

Des malades douteux au point de vue de l'opérabilité subissent parfois une transformation telle après quatre à six semaines d'anus artificiel, que l'on est en droit de parler de véritable résurrection.

Il n'est donc pas discutable que ce procédé élargit le cadre de l'opérabilité. En plus, les heureuses modifications physiques ont leur répercussion sur l'état moral du

malade, toujours très important pour la réussite du second temps de l'intervention, la cure radicale.

Dans certains cas pourtant, nous assistons à la faillite de l'anus artificiel, l'amélioration ne se faisant pas. Le chirurgien sera en droit de penser que l'exérèse est impraticable, de telle sorte que le résultat ou la faillite de l'anus iliaque préalable constituent un véritable critérium d'opérabilité.

Pour nous l'anus iliaque préalable est de valeur telle que nous l'employons systématiquement dans toutes les interventions périnéales et nous le faisons précéder de quatre à six semaines l'exérèse.

Dans la voie haute et la voie combinée, il ne nous semble pas indispensable. Il aura pourtant son utilité si le malade a un état général douteux ou lorsqu'on pense pouvoir arriver par la dérivation des matières à une amélioration locale.

b) LA TECHNIQUE

L'anus artificiel se fait dans la grande majorité des cas en anus iliaque gauche. La seule difficulté qui puisse venir compliquer l'établissement de l'anus, est la grosse dilatation de l'S. iliaque.

Cet anus, nous le ferons avec éperon, parce qu'ainsi nous ne courons pas le risque du passage des matières du

bout supérieur dans le bout inférieur que nous avons intérêt à garder aussi propre que possible.

Quand on ne fait pas l'anus préalable, on l'établira au moment de la cure radicale: dans la voie combinée à la fin de la première phase abdominale; dans la voie haute en dernier lieu, dans la voie périnéale à la fin de l'exérèse.

En résumé nous pensons avec Gouverneur, Mondor et Chalier que l'anus iliaque définitif, en même temps qu'il favorise l'exérèse, élargit le cadre de l'opérabilité.

E. LES ANESTHÉSIQUES, LES SOINS PRÉ- et POSTOPÉRATOIRES

Chloroforme, éther, rachianesthésie sont employés dans la cure radicale du cancer du rectum. A cette dernière il nous faut donner une mention spéciale, parce qu'elle semble avantageusement remplacer les deux premiers, pouvant mettre le malade à l'abri des accidents cardiaques et pulmonaires toujours redoutables.

Nous ne voulons pas insister ici sur les soins pré- et postopératoires, qui sont un utile adjuvant de la réussite immédiate et à distance de l'intervention curative. Répétons seulement ce que nous disions plus haut : dans toute opération rectale, le malade reste fragile et demande à être surveillé de près pendant de longues semaines.

VI. — LES INDICATIONS OPÉRATOIRES POUR LES DIFFÉRENTES VOIES

Nous basant sur l'expérience acquise par 25 cures radicales et quatre interventions paillatives, voici comment nous envisageons le problème chirurgical du cancer du rectum :

Pratiquement nous employons pour l'exérèse trois voies : voie haute, voie basse, voie abdomino-périnéale.

Pour le choix de la voie d'accès nous tenons compte de certaines considérations.

a) CONSIDÉRATIONS LOCALES

Siège, volume, connexions de la tumeur.

b) CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1° *L'âge* ne joue pas un rôle fondamental. Si Mondor et Chalier indiquent 60 à 65 ans comme âge limite de l'opérabilité, nous pensons qu'on peut quelquefois dépasser cet âge. Seulement ces opérés devront passer des semaines et parfois des mois au lit, la cicatrisation se faisant moins vite; ils seront donc exposés en plus à la pneumonie hypostatique, aux escarres, aux accidents cardiaques. Parmi nos observations nous citons quatre cas (obs. IV, V, X, XII) dans lesquels nous avons opéré au delà de 65 ans.

2° *Le sexe.* — Toute cure radicale de cancer recto-sigmoïdien est infiniment plus bénigne chez la femme que chez l'homme.

Chez la *femme,* le bassin large, la présence d'organes secondaires telle que la cloison vaginale postérieure, l'extirpation possible de tout le système génital, élargit le champ opératoire, facilite l'hémostase, finalement préserve de l'infection.

Chez *l'homme* au contraire l'étroitesse du bassin, la connexion étroite des organes génito-urinaires avec le rectum rendent l'intervention plus shokante, moins anatomique, et fait courir de plus grands risques d'infection.

Sur 25 cures radicales nous avons opéré 8 femmes et 17 hommes. Parmi les 17 homme il y a eu 6 décès (plus une mort accidentelle). Parmi les femmes 4 ont subi l'opération de Hartmann; 4 la périnéale. Toutes ont bien supporté l'intervention et à l'heure actuelle sont en bonne santé. La différence est donc grande et nous prouve combien la constitution anatomique joue un rôle important et favorise la femme.

3° *Constitution.* — Les malades *maigres* et secs sont capables de supporter des interventions même graves et compliquées dans des conditions satisfaisantes. Les *gros* à cœur fatigué, à reins déficients, à foie graisseux, sont des malades chez lesquels tout acte chirurgical même simple est dangereux. L'obésité complique l'opération, la

rend plus longue et plus laborieuse. Par ailleurs elle prédispose au shok et aux infections.

La constitution est donc un facteur qu'il ne faudra pas négliger dans la discrimination de l'acte opératoire.

Selon les conditions locales et générales que nous venons de voir nous choisirons pour chaque cas atteint de cancer recto-sigmoïdien la voie qui lui convient.

A. — L'OPÉRATION DE HARTMANN (Obs. I à VII)

Réservée à toute tumeur située à bout de doigt, soit à 12 centimètres et plus haut; il faudra pouvoir passer facilement et sans décollement souspéritonéal au-dessous de la tumeur.

Vouloir étendre cette opération aux cas moyens est une faute exposant à de gros dangers; le décollement antérieur est difficile, les risques d'infection du tissu cellulaire, grands, les suppurations fréquentes. Ainsi il nous est arrivé de perdre deux malades (obs. IV, V). Mais appliquée dans les cas de tumeur franchement haut placée, cette opération donne d'excellents résultats par la rapidité d'exécution, par les suites opératoires bénignes et par le shok très peu accentué qu'elle occasionne à l'opéré.

Nous avons eu l'occasion d'emprunter cette voie 7 fois, trois de nos malades sont morts pour les raisons citées plus haut, les autres se portent bien.

Deux cas datent de 1926. Jusqu'à présnet, il n'y a pas eu de récidives.

B. — LA VOIE PÉRINÉALE (Obs. VIII à XX)

L'emploi de cette voie est indiscutable pour tous cancers sus-sphinctériens et ampullaires inférieurs. Lorsqu'il s'agit de néoplasmes situés plus haut les avis sont partagés. Les uns veulent faire l'abdomino-périnéale, les autres, comme nous, font l'amputation élargie telle que nous l'avons décrite au chapitre des voies d'accès. Nous faisons précéder cette intervention d'un anus iliaque définitif et laissons quatre à six semaines entre ce premier temps et la cure radicale.

Treize de nos malades ont été opérés par cette méthode. Le résultat immédiat est encourageant; nous n'avons eu que deux décès (obs. XIII et XVI) sur 13 exérèses. La mortalité opératoire est donc de 15,4 %. (Nous ne tenons pas compte de la mort accidentelle de l'un de nos cas, qui a contracté une broncho-pneumonie alors qu'il avait repirs son travail. Obs. XII.)

Nous n'hésitons pas à employer cette voie le plus souvent possible; malheureusement nos cas trop récents ne peuvent nous fournir une indication sur le sort qui leur est réservé à distance.

C. — LA VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
(Obs. XXI à XXV)

Sur cette méthode nous faisons de nombreuses réserves. Elle trouve un emploi judicieux chez la femme et chez tout individu présentant suffisamment de résistance pour pouvoir supporter une intervention de cette envergure.

Les obèses, les intoxiqués, les avérés, tous ceux qui ne semblent pas être en mesure de subir cette opération shokante et sanglante, seront au préalable soumis à l'épreuve de l'anus artificiel. Il faut donc savoir temporiser pour le plus grand bien du malade et pour faciliter la tâche de l'opérateur.

Nous avons opéré cinq malades par cette méthode. Deux avec anus iliaque préalable, dont l'un est mort (obs. XXII). Un cas datant de 1924 se porte bien à l'heure actuelle.

D. — LES CANCERS INOPÉRABLES
(Obs. XXVI à XXX)

Pour les malades atteints de cancer inopérable il n'existe au point de vue chirurgical que le traitement palliatif : l'anus iliaque. Il sera capable de leur assurer une survie pouvant aller de trois mois à trois ans dans certains cas. Temporairement la progression néoplasique

pourra être arrêtée, mais ellle finira toujours par tuer le malade. Pour cette raison la question de remplacer la cure radicale par l'anus artificiel ne se pose pas; nous jugeons au contraire qu'il faut intervenir le plus souvent possible, même si les chances de succès ne sont que minimes.

Nous avons eu cinq cas de cancers inopérables. Chez quatre d'entre eux nous avons institué l'anus iliaque. le cinquième a refusé toute intervention. Pendant la laparotomie, faite au moment de l'anus iliaque nous nous sommes aperçus à trois reprises de l'impossibilité de la cure radicale, pour des raisons que nous ne soupçonnions pas. (Obs. XXVI, XXVIII, XXX.)

Un cas a été nettement amélioré après quelques semaines d'anus iliaque (obs. XXX) : reprise de 3 kg. Mais l'état local est resté stationnaire.

Schéma des Observations

Taux d'opérabilité : 83 % — Taux de mortalité opératoire : 24 %

I. — Opérations de Hartmann :

		Exérèze	Age	Anus iliaque (1)	Résultat
Femmes :	Obs. I.	Février 1926	53 ans	A. i. g d	Va bien.
	Obs. II.	Octobre 1926	52 ans	A i. g. d.	id.
	Obs. III.	Août 1927	56 ans	A. i. g. d.	id.
	Obs. VI.	Février 1930	49 ans	A. i. g. d.	id.
Hommes :	Obs. IV.	Février 1928	68 ans	A. i. g. d.	mort : infection.
	Obs. V.	Avril 1929	70 ans	A. i. pr. g.	mort : affaibl. progressif
	Obs. VII.	Mai 1930	63 ans	A. i pr. g.	mort : infection urinaire

II. — Opérations périnéales :

Femmes :	Obs. VIII.	Août 1926	59 ans	A. i g. pr.	Va bien
	Obs. XIV.	Février 1930	56 ans	A. i. g. pr.	id.
	Obs. XVII.	Mai 1930	58 ans	A. i. g. pr.	id.
	Obs. XVIII.	Juin 1930	63 ans	A. i. g. pr.	id.
Hommes :	Obs. IX	Mars 1928	61 ans	A i. g. pr.	Va bien
	Obs. X.	Nov 1928	70 ans	A. i. g. pr.	id.
	Obs, XI.	Avril 1929	65 ans	A. i g. pr.	id.
	Obs. XII.	Juin 1929	68 ans	A. i. g. pr.	mort : accident.
	Obs. XIII.	Mai 1929	65 ans	A. i. g. pr.	mort toxi-infect.
	Obs. XV.	Avril 1930	58 ans	A. i g pr.	Va bien
	Obs. XVI.	Avril 1930	49 ans	A. i. g. pr.	mort urémie.
	Obs. XIX.	Juin 1930	56 ans	A. i. g pr.	Va bien
	Obs. XX.	Sept. 1930	64 ans	A. i. g. pr.	id.

III. — Opérations abdomino-périnéales :

Hommes :	Obs. XXI.	Juin 1924	46 ans	A. i. g. d.	Va bien
	Obs. XXII.	Juillet 1928	50 ans	A. i. g. d.	id.
	Obs. XXIII.	Février 1930	54 ans	A. i. g. pr.	id.
	Obs. XXIV.	Juillet 1930	31 ans	A. i. g. d.	id.
	Obs. XXV	Août 1930	65 ans	A. i. g. d.	mort le 17e jour

IV. — Cas inopérables :

Obs. XXVI.	Mars 1925	64 ans	Anus iliaque.	
Obs. XXVII.	Févr. 1927	62 ans	Anus iliaque, mort 15 jours après	
Obs. XXVIII.	Mai 1930	68 ans	id.	
Obs. XXIX.	Juin 1930	57 ans	Le mal-de refuse tout traitement	
Obs. XXX.	Juin 1930	54 ans	Anus iliaque.	

(1) A i g. d. : Anus iliaque gauche définitif ;
A. i. g. pr. : Anus iliaque gauche préalable.

Observations

A. — OBS. I A VII. OPÉRATIONS DE HARTMANN

OBS. I. — CHARITÉ

Mme G., veuve B..., boulangère, 53 ans.

Entre à la Charité le 21 janvier 1926 avec le diagnostic d'obstruction intestinale.

Souffre depuis 5 à 6 ans de crises assez douloureuses dans l'hypochondre gauche, dès qu'elle était constipée; pas de ballonnement. Il y a 6 mois, crise d'occlusion avec gros ventre, arrêt des gaz et des matières, quelques vomissements seulement. Douleur dans l'hypochondre gauche, irradiant à droite le long du colon transverse. Durée de 2 à 3 jours. La malade prenait lavements et purges et dès que la constipation cessait, tout le syndrome disparaissait. Une nouvelle crise l'amène à la Charité.

Examen de la malade: Abdomen distendu, le colon transverse marque son trajet par une une saillie sur l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic. Mouvements péristaltiques. La percussion révèle un tympanisme accusé.

Gros vomissements, fort gargouillements.

Encore une fois les lavements ont pu débloquer la

malade et trois jours après le ventre a repris son aspect normal, alors que les douleurs ont presque complètement disparu.

A la palpation gargouillement sur tout le trajet du colon, aucune douleur, mais tympanisme sur tout le cadre colique.

Dans la fosse iliaque droite et surtout gauche on sent une corde allongée parallèle à l'arcade.

Depuis deux mois brusque amaigrissement de plu-plusieurs kilogs.

Radio le 28 janvier.

La baryte marque un temps d'arrêt prolongé au niveau de la partie moyenne de l'anse sigmoïde.

L'ampoule se dilate exagérément sous la poussée du lavement. Puis le passage s'effectue et le reste du gros intestin se dessine assez rapidement.

A la compression sous l'écran on ne peut rendre visible la totalité de l'anse sigmoïde; il semble y avoir discontinuité dans l'image du sigmoïde. Les portions sus et sous-jacentes sont mobiles.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Histologie : épi cylindrique avec envahissement de toute la paroi.

OPÉRATION LE 4 FÉVRIER.

Anesthésie : éther.

Laparotomie médiane sousombicale.

Le cæcum, le colon ascendant, le colon tranverse sont volumineux, vascularisés et d'aspect atonique. On trouve sur la partie toute terminale du colon sigmoïde, mordant sur le Douglas une masse du volume d'un poing, masse d'origine néoplasique.

L'extrémité inférieure de la tumeur se trouve à peu près à 2 ctm. au-dessus du cul de sac de Douglas.

Incision du Péritoine le long de la racine du méso-sigmoïde et encerclant en raquette le Douglas.

On décolle en ayant soin de laisser du côté qui va être excisé le tissu cellulaire souspéritonéal.

Ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs dans la racine méso-sigmoïde.

On lie quelques autres artérioles, permettant d'élever l'extrémité inférieure du rectum.

Suture du rectum. Fermeture par deux plans de catgut collargolé.

On rabat par-dessus le voile péritonéal.

On râcle l'excavation sacrée.

Drain. Section de l'intestin en zone saine.

Suites opératoires.

Fait un peu de fièvre les prochains jours.

Urine bien dès le deuxième jour.

Quitte le service deux mois après.

Mai 1926. — Bon état, a engraissé. Va régulièrement à la salle tous les matins. Ne souffre plus.

Août. — A pris 5 kgs. depuis l'opération. Se plaint seulement de constipation.

Février 1927. — Va bien. A encore pris du poids. Au toucher rectal au fond de l'infundibulum on sent une cicatrice dure, qui saigne un peu.

Janvier 1928. — Va très bien; pas de modifications au fond de l'infundibulum rectal, mais la malade est assez constipée. L'anus fonctionne bien.

Janvier 1929. — Excellent état.

Avril 1930. — La malade se porte très bien, vaque régulièrement à ses occupations.

OBS. II. — CHARITÉ

Madame M..., 52 ans.

Consulte en *septembre* 1926.

Se plaint de diarrhée-constipation.

Au toucher le doigt perçoit à la partie toute supérieure du rectum une tumeur.

Le *toucher vaginal* constate au niveau du cul de sac postérieur une masse dure, peu mobile.

Au *lavement opaque* on trouve une zone rétrécie au niveau de la partie toute basse du colon pelvien avec dilatation susjacente.

OPÉRATION LE 3 OCTOBRE 1926.

Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane, sousombilicale. Présence d'une petite tumeur rappelant la tumeur du colon gauche. Elle est implantée au fond du Douglas.

On incise le Péritoine à droite et à gauche du colon pelvien et on poursuit son incision en zone saine à distance de la tumeur.

Ligature des vaisseaux Mésentériques inférieurs. Décollement de la tumeur des flancs de la cavité pelvienne.

On arrive à sectionner l'intestin en zone saine à 2 ctm. du pôle inférieur de la tumeur.

Fermeture par deux surjets du rectum.

Péritonisation.

Un drain et deux mèches sont mis au fond de la cavité, le tout ressortant par la partie inférieure de la laparotomie.

Section du colon pelvien qu'on implante en *anus gauche.*

Suites opératoires: normales.

Après sa sortie de l'hôpital revient parce qu'elle ne peut pas arriver à régulariser ses selles. Son anus doit être de temps en temps dilaté.

En octobre 1929, se portait très bien, mais depuis ce temps n'a pu être jointe.

OBS. III. — CHARITÉ

Madame Albert D..., 56 ans.

Vient consulter en août 1927.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Selles noirâtres.

Abdomen légèrement météorisé, présence d'un léger clapotement intestinal quand on donne des secousses sur l'abdomen.

Le toucher rectal montre que l'ampoule est libre, mais le bout du doigt arrive sur l'extrémité inférieure d'une tumeur, qui occupe les différentes faces de l'intestin.

Le *toucher vaginal* permet de constater un utérus petit, en antéversion, les culs de sacs latéraux sont libres, mais le cul de sac postérieur est occupé par une masse ferme et peu mobile.

Le *lavement opaque* montre un rétrécissement, qui occupe la base recto-sigmoïdienne avec une énorme dilatation du colon pelvien tout entier.

Amaigrissement ayant débuté depuis un an. Etat général satisfaisant.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi cylindrique.

OPÉRATION LE 20 AOUT.

Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Grosse tumeur occupant la jonction recto-sigmoïdienne. La tumeur tient au bord gauche de l'utérus et aux annexes du même côté.

Hystérectomie supravaginale par le procédé américain en commençant à droite, ce qui mobilise la tumeur.

Section du rectum à un ctm. du fond du cul-de-sac de Douglas.

Fermeture du bout inférieur par deux surjets.

On se rend compte en remontant de bas en haut pour sectionner le mésocolon pelvien, que du côté gauche l'uretère est envahi; ligature de l'uretère.

Ablation en bloc de la tumeur et de la zone urétérale envahie. Péritonisation soignée par suture des deux lèvres du mésocolon; un drain et deux mèches dans le fond du Douglas.

Section du colon à sa partie supérieure. Pour gagner du temps on place le bout supérieur du colon en *anus médian* près de l'ombilic.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut.

Suites opératoires: la malade supporte bien l'intervention. Gaz au troisième jour. L'anus fonctionne bien. Mais la malade présente une sensation de tension dans le flanc gauche, soit du côté ou l'uretère a été ligaturé.

Néphrectomie le 26 août. Rein gros, congestionné avec une série de plaques d'infarctus. Suites simples.

Au 25e jour la malade sort guérie.

Janvier 1928 : la malade va bien; a engraissé. Teint rose colorée.

Mai 1830 : malade en parfait état. L'anus artificiel a bel aspect et la malade est arrivée à régulariser ses garde-robes.

Actuellement se porte bien.

OBS. IV. — CHARITÉ

Monsieur C..., 68 ans.

Examiné en février 1928.

Se plaint de troubles digestifs et de constipation progressive. Début il y a 11 mois. Ballonnement du ventre, quelques douleurs en cadre, rarement débacles de fausses diarrhée. Celle-ci s'est installée depuis 3 mois seulement : après une période de constipation, grosse diarrhée avec glaires et matières dures sans sang.

Le malade a beaucoup maigri et ne peut avaler viande et graisse.

Au *toucher rectal* on croit sentir à bout de doigt un obstacle.

INTERVENTION RADICALE le 14 février 1928.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On découvre la tumeur rectale sous forme d'un épaississement de l'intestin avec une traction scléreuse du péritoine.

Le tout siège à 2 ctm. environ du fond du Douglais.

Incision en raquette le long du méso-colon pelvien et du méso-rectum. Ligature de l'artère mésentérique supérieuse; section du rectum qui a été décollé, section qui se fait au-dessus du Douglas.

Fermeture par 2 rangées de catgut.

Péritonisation.

Constitution d'un *anus iliaque* gauche par dissociation.

On place le bout supérieur de l'intestin dans l'incision iliaque gauche.

Suture des plans musculaires et de la peau.

Histologie : Epi. cylindrique.

Suites opératoires:

Au quatrième jour, le malade meurt d'infection et du choc opératoire.

OBS. V. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Albert Tr..., 70 ans.

Consulte en mars 1929.

Depuis 1928 douleurs dans le bas-ventre.

A ce moment a eu une crise de coliques avec expulsion de glaires blanchâtres, striés de quelques filets de sang. Depuis ce moment 6 à 7 selles par jour, précédées d'une grande quantité de gaz; se composent surtout de mucosités.

Actuellement se plaint essentiellement de gaz, qui le gênent beaucoup après les repas. Symptômes d'occlusion.

Antécédents: Paludisme, à la même époque ictère pendant 6 mois.

Amagrissement notable depuis quelques mois. Appétit diminué. Dégoût de graisse et des viandes saignantes.

Toucher rectal: Pas de prostate. On sent à bout de doigt une masse dure, mobile, absolument indolore; siègeant sur la face postéro-latérale droite. Le gant ne ramène pas de sang.

Au toucher fait après lavement, la masse persiste.

La *rectoscopie* confirme le diagnostic du cancer.

Azotémie : 0,41.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque le 4 avril 1929.

OPÉRATION RADICALE le 28 mai 1929.

Anesthésie : Chloroforme.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

On constate que le cancer en virole occupe le haut du rectum et mord sur le fond de Douglas, adhérent assez intimement à la face postérieure de la vessie.

On sectionne le colon iléo-pelvien au-dessous de l'anus iliaque et l'on enfouit par deux plans de suture la tranche intestinale.

Incision en raquette du péritoine au niveau de la racine du méso-colon et du méso-rectum.

On décolle peu à peu. Libération facile en arrière, en avant il existe des adhérences assez serrées entre le néoplasme et la base de la vessie.

Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens.

On arrive au contact du releveur de l'anus, et à ce niveau on est à 3 ctm. au-dessous du cancer.

Section de l'intestin; fermeture du bout inférieur par deux plans de suture.

Péritonisation.

Un drain et 2 mèches au contact du rectum suturé. Fermeture de la paroi en 2 plans aux crins perdus.

Suites opératoires: Meurt le cinquième jour de l'intervention sans que le malade ne fasse de température. Signes d'affaiblissement progressif.

OBS. VI. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Madame J..., femme P..., 49 ans.

Examinée en janvier 1930.

Etat général : bon.

Plusieurs selles dans la journée avec sang rouge, mais pas de mucus, pas de glaires.

Pas de fausses envies. Troubles digestifs banaux.

Toucher rectal: ne révèle rien de particulier qu'un

gros bourrelet hémorroïdaire qui saigne et fait porter d'abord le diagnostic d'hémorroïdes.

Radioscopie: rien de particulier.

Examen des selles: normal.

Rectoscopie: on voit à 14 ctm. une tumeur végétante, saignant facilement au contact de l'instrument et que différentes rectoscopies n'avaient pas révélée.

Biopsie : Epi. cylindrique, glandulaire.

OPÉRATION EN FÉVRIER 1930.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Malade grasse.

On constate la présence d'une tumeur, située un peu au-dessus du Douglas, mais dont le pôle inférieur déborde le fond du cul-de-sac par en bas.

On incise le péritoine en raquette et on lieu les vaisseaux mésentériques inférieurs.

Décollement du rectum de la concavité sacrée.

Libération latérale après ligature des hémoroïdales moyennes, on arrive à passer au-dessous de la tumeur.

Amputation du rectum au ras des releveurs.

Fermeture de l'intestin par deux plans de suture.

Péritonisation en laissant un drain et des mèches.

Constitution d'un *anus iliaque gauche* après section de l'intestin.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut.

A l'ouverture de la pièce, on constate la présence d'une

ulcération à bords épaissis, cartonnée. La section est passée à distance de l'ulcération et a largement enlevé toute la graisse rétro-caécocolique avec le méso.

Suites opératoires: tout se passe bien, la malade a engraissé.

OBS. VII. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Henri M..., 6 3ans.

Vient consulter à Sant-Antoine en mars 1930 pour hémorroïdes, apparues depuis 3 mois.

Présente par périodes: douleurs au moment des selles, hémorragies peu abondantes de couleur noirâtre, mélangées aux matières.

Depuis un mois : diarrhée jaunâtre, liquide.

Pas de fausses envies, mais incontinence au moment des mictions.

Amaigrissement de 10 kg. en 3 mois.

Anorexie élective pour viande et graisse.

Toucher rectal et *rectoscopie:* le toucher, même fait dans la position la plus favorable ne donne rien, par contre la rectoscopie fait découvrir à 12 ctm. une masse dure et végétante, saignant facilement, friable.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque avec pont de peau. Anse colique mobile, mais très richement vascularisée.

EXÉRÈSE 5 SEMAINES PLUS TARD LE 22 MAI.

Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; présence d'une tumeur de la grosseur d'un poing, un peu allongée, développée au niveau du recto-sigmoïde.

A droite le cul-de-sac de Douglas est libre ainsi qu'en avant, mais à gauche la tumeur a déjà infiltré la paroi latéro-pelvienne dans la région de la corne gauche de la vessie et de l'uretère. Le pôle inférieur de la tumeur atteint le bas fond du Douglas.

Incision en raquette du péritoine en avant et à droite, à gauche on doit inciser sur la région vésicale et en dehors au niveau de la fosse iliaque interne. Décollement progressif.

Ligature en deux paquets des vaisseaux de l'anse recto-sigmoïdienne et de la mésentérique inférieure.

Section du colon sigmoïde.

Décollement en râclant à droite les flancs de la paroi pelvienne, à gauche on doit volontairement disséquer l'uretère, qu'on recherche à hauteur du promontoir. Il est du volume de l'index, considérablement dilaté, ses parois sont amincies. On le suit et on le voit s'engager dans une masse nettement cancéreuse. Il se rompt à ce niveau et ses parois sont infiltrées par le néoplasme.

On excise un coin de vessie pour passer partout en zone saine et on râcle les flancs de la paroi gauche pelvienne, mettant à nu les vaisseaux iliaques.

Section du colon sigmoïde en zone saine à 3 ctm. au-dessous du pôle inférieur de la tumeur.

Un drain est insinué par l'anus normal et ressort par le bout inférieur rectal.

Fermeture, à droite et à gauche du drain, du rectum par un surjet collargolé.

Fermeture de la vessie par 2 plans de suture et ligature de l'uretère gauche par une soie. Un drain dans le fond de la cavité pelvienne et 4 mèches.

Péritonisation.

Incision iliaque gauche et on place le bout supérieur colique dans l'incision colique en anus terminal.

Suites opératoires: le malade supporte bien l'opération. Il est pris vers le 8e jour de points dans le côté gauche, puis de frissons et à la palpation de la région gauche douloureuse on sent de la contracture.

Incision lombaire gauche, *ablation du rein gauche* qui est gros et congestionné, dont le bassinet et l'uretère sont distendus par une urine trouble.

Le malade meurt le 8e jour après cette intervention.

Cette mort paraît être due à l'intervalle trop long que nous avons laissé entre les deux interventions.

Il y aurait eu intérêt à opérer le 4e jour, sans attendre les frissons.

Le malade est mort vers le 16e jour avec des symptôme d'infection urinaire.

B. — OBS. VIII A XX. OPÉRATIONS PÉRINÉALES

OBS. VIII. — CHARITÉ

Madame Adeline G..., 59 ans.

Examinée le 24 *avril* 1926. Se plaint depuis un an de constipation et de pertes de sang au moment d'aller à la selle.

Depuis cinq ou six semaines diarrhées, glaires, mucus, sang.

Amaigrissement de quelques kilogrammes.

Au toucher présente à 5 centimètres une tumeur presque annulaire à bord bourgeonnant, encore mobile. Le doigt ne peut arriver à franchir le rétrécissement néoplasique.

Au toucher vaginal les culs-de-sac latéraux sont libres, mais le cul-de-sac postérieur fait sentir une zone indurée; la muqueuse vaginale glisse normalement.

Azotémie : 0,35.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

OPÉRATION LE 2 MAI 1926.

Anesthésie : Ether.

Anus iliaque gauche en éperon sans lambeaux cutanés.

Le 3 août 1926. L'état de la malade est fortement modifié : *elle a pris du poids. Le faciès est coloré.*

EXÉRÈSE LE 8 AOUT 1926.

Anesthésie : Chloroforme.

Fermeture de l'anus en bourse; incision bi-ischiatique avec décollement recto-vaginal. On circonscrit l'anus et on ouvre les fosses ichio-rectales.

Décollement du rectum de la concavité sacrée.

Section des releveurs et ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens.

Ouverture du cul-de-sac de Douglas.

Amputation du rectum.

Fermeture de l'intestin par deux plans de suture.

Tamponnement Mickuliez.

Tout est laissé ouvert.

Suites opératoires: normales.

Ablation du sac Mickulicz au 8e jour.

Plaie un peu granuleuse, avec suppuration légère dans les fosses ichio-rectales, qui se tarit d'ailleurs vite.

La malade est cicatrisée en 6 semaines.

Mars 1930 : revue en bonne santé.

OBS. IX. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Pierre S..., 61 ans.

Consulte en janvier 1928.

Rectorrhagies depuis un an après la selle, d'abondance variable.

Notion d'un bourrelet réductible.

Présente : écoulement rosé entre les selles. A également de faux besoins avec léger ténesme.

Douleur et pesanteur rectales.

Alternance de constipation et de fausse diarrhée séreuse.

N'a pas tendance à maigrir. Appétit excellent; pas d'asthénie.

Toucher rectal: on note hémorroïdes internes.

Sur la paroi postérieure du rectum, remontant sur cette paroi on sent des petites masses de consistance élastique, mais fermes. On notera que la pression de ces masses immobiles collées contre le sacrum réveille une douleur marquée à ce niveau.

Rectoscopie. Cancer de la région postérieure, confirmant le toucher rectal. Hauteur 8 ctm. Un peu plus haut anneau circulaire que le rectoscope ne peu franchir.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque en janvier 1923.

CURE RADICALE EN MARS 1928.

Anasthésie : Ether.

Incision ano-périnéale après fermeture de l'anus par un fil de soie. Décollement du rectum, du bulbe et du plan prostatique; ouverture des deux fosses ichio-rectales.

Le cancer adhère très fortement au plan postérieur. Il faut racler la concavité sacrée.

Ouverture du péritoine qui permet d'abaisser largement le rectum.

Suture du cul-de-sac péritonéal au colon iléo-pelvien.

Ablation de 15 ctm. de rectum et fermeture du bout inférieur.

Tamponnement, drain, fermeture partielle en avant de la plaie périnéale.

Histologie: fragment tumeur ? Epi. cylindrique.

Fragment tissu cellulaire périrectal : ganglion entièrement envahi.

Suites opératoire: bénignes. Actuellement se porte très bien.

OBS. X. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Julien P..., 70 ans.

Examiné en septembre 1928.

Se plaint de grosse constipation qui s'est instituée depuis è peu près un an, entrecoupée de crises de diar-

rhée. Peaux et glaires dans les matières, rarement du sang.

Ballonnament et météorisme, vagues douleurs coliques : quelques sensations de pesanteur dans le rectum. Légère pollakiurie.

Toucher rectal: on sent à bout de doigt à 8 ctm. une tumeur qui remonte plus haut, dont il est malaisé de préciser l'étendue.

Rectoscopie: tumeur ayant l'aspect d'un cancer végétant.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Etat général relativement bon, appétit conservé.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On libère quelques adhérences entre le colon iléo-pelvien et le péritoine de la fosse iliaque.

Il existe un certain degré de méso-sigmoïdite.

On perçoit une tumeur dont le fond descend plus bas que le Douglais.

Il est tout à fait impossible d'en pratiquer l'exérèse par voie haute.

Fermeture de la paroi par 3 plans de catgut chromé.

On fait donc un *anus iliaque gauche* par le procédé de dissociation.

Suture du colon en septembre 1928.

EXÉRÈSE EN NOVEMBRE 1928.

Anesthésie : Ether.

Incision transversale à convexité antérieure périnéale. On circonscrit l'anus de part et d'autre et on entre d'emblée dans les fosses ichio-rectales.

Découverte du bulbe, décollement périrectal. On sépare facilement et complètement le rectum de la prostate, des vésicules, jusqu'au cul-de-sac péritonéal. En arrière on décolle le rectum et toute la graisse de la concavité sacrée.

Au cours des manœuvres, l'intestin se fissure tout en bas près de l'anus. On ferme rapidement la brèche par une pince.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal. On sectionne et on lie le Mésorectum où on trouve un petit ganglion, confié à l'examen histologique. On sectionne l'intestin à 6 ctm. au-dessus du Douglas, nettement au-dessus de la tumeur.

Fermeture de l'intestin, fermeture du péritoine.

L'intestin est placé au-dessus du cul-de-sac péritonéal.

Hémostase. 24 points de catgut dans la région du bulbe.

Drainage par un Mickuliez, qu'on place en arrière dans la concavité sacrée. Deux crins rétrécissent la plaie sur les parties latérales.

Histologie du fragment de ganglion mentionné plus haut : pas de lésion du ganglion.

Suites opératoire: normales.

Actuellement se porte très bien.

OBS. XI. — CHARITÉ

Monsieur M..., 65 ans.

Consulte en mars 1929.

Hémorroïdes depuis plus d'un an. Légères pertes de sang. Depuis 8 semaines diarrhée, peaux et glaires. Amaigrissement. A l'examen grosse hémorroïde légèrement trombosée.

Au toucher rectal et rectoscopie—à 8 ctm. de l'anus rétrécissement annulaire, à bords bourgeonnants, sorte de col utérin qui fait une légère invagination dans la partie haute de l'ampoule.

Le col est entouré par un petit bourrelet de muqueuse saine, formant rigole autour de la tumeur. Le doigt peut franchir 1 ou 2 ctm. de ce défilé, mais ne peut franchir le néoplasme.

La tumeur paraît mobile.

Etat général médiocre.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Le 5 mars 1929 *anus iliaque gauche* avec taille d'une baguette de peau, avec éperon. Suture du colon pariétal. Suture de la peau.

Anesthésie : Ether.

Un intervalle de cinq semaines est laissé entre les deux interventions.

Le malade reprend des forces, se colore, l'appétit renaît.

EXÉRÈSE LE 25 AVRIL.

Anesthési rachidienne.

Fermeture de l'anus naturel.

Incision bi-ichiatique.

On pénètre dans l'espace rétro-rectal et on décolle le rectum de la prostate; du côté gauche légère adhérence qui rend le décollement plus difficile.

Section des releveurs, ouverture du péritoine et abaissement du colon pelvien.

Ligature du méso-colon pelvien au-dessus de la bifurcation de la mésentérique inférieure. Fermeture du colon en deux plans. Tout est laissé ouvert.

Suites opératoires: au troisième jour sonde à demeure, le malade n'urine que peu; mais tout se passe bien.

La cicatrisation se fait normalement: la plaie est fermée au bout de 7 semaines. Le malade reprend rapidement des forces et du poids.

Juillet 1930 : se porte très bien.

OBS. XII. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Maurice L..., 68 ans.

Examiné au Service de Saint-Antoine en avril 1929.

Se plaint depuis quelques mois de sensation de pesanteur dans le rectum avec quelques fausses envies et léger ténesme.

Remarque de temps en temps un peu de sang rouge, réparti sur la selle.

Quelques rares douleurs, passagères, n'ayant pu inquiéter le malade.

Peaux et glaires rares.

Depuis très peu de temps, il sent une légère envie d'uriner, non suivie d'évacuation, mais ne l'obligeant pas à se lever la nuit.

Etat général excellent; amaigrissement minime.

Aspect floride.

Toucher rectal: à 6 ctm. tumeur assez massive, dure avec végétation saignant au contact du gant, de mobilité moyenne.

Rectoscopie: tumeur de la partie sacrée du rectum, avec végétations et ulcération.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque gauche: avril 1929.

Anesthésie : Chloroforme.

Le colon ileo-pelvien est très peu mobile, fixé dans la fosse iliaque gauche. On l'attire difficilement et il est

enveloppé de grosses franges épiploïques dont on doit le libérer.

Suture du péritoine pariétal au colon.

Constitution d'un anus avec éperon.

EXÉRÈSE DE LA TUMEUR : juin 1929.

Incision périnéale, découverte de l'espace décollable.

On poursuit le décollement en rasant la concavité du coccyx et du sacrum.

On peut abaisser le rectum au-dessous du néoplasme.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal.

Section de l'intestin et fermeture par surjet.

On fixe la fermeture aux lèvres du fond du Douglas.

Tout est laissé ouvert. Tamponnement.

Au moment de l'exérèse, on se rend compte qu'il existe un petit abcès périnéoplasique, situé dans le côté droit de la paroi rectale.

Suites opératoires:

Le malade dont l'anus fonctionne parfaitement a engraissé. Mais il arrive parfois qu'un peu de matière passe du bout supérieur dans le bout inférieur, et de ce fait la plaie périnéale n'est pas tout à fait cicatrisée. On décide de mieux isoler, et sous anesthésie locale on déplace le bout inférieur de l'anus qu'on reporte un peu plus bas, en interposant entre les deux bouts, de la peau; de cette façon on obtient un isolement complet et on

évite le passage des selles du bout supérieur dans le bout inférieur.

A la suite de cette intervention, la plaie se cicatrise rapidement.

Mai 1930. — Le malade va bien. Il a engraissé de plusieurs kilos et a repris ses occupations. Ces dernières qui l'exposaient aux intempéries lui ont fait contracter une broncho-pneumonie, dont il est mort il y a un mois, sans trace apparente de récidive, ayant engraissé.

OBS. XIII. — CHARITÉ

Monsieur Manuel L..., 65 ans.

Examiné en janvier 1929.

Début de l'affection il y a 9 mois.

A eu pendant une série de jours des diarrhées, jusqu'à 10 selles par jour. Puis les diarrhées ont fait place à des fausses envies survenant tous les 2 ou 3 jours, accompagnées d'un peu denénesme. Habituellement celles-ci n'aboutissaient qu'à l'émission de quelques gaz.

Progressivement, ces envies et les ténesmes sont devenus plus impérieux et donnaient lieu à l'expulsion de mucus.

Actuellement perd en plus, du sang, et fait souvent du sang pur.

Souffre beaucoup de son état, élancements et fourmillements.

A eu un accident il y a 15 mois : chute d'une échelle. Pendant qu'il était encore couché pour son accident il a eu pendant quelques jours de faux besoins.

Toucher rectal: on trouve entre 7 ou 8 ctm. une masse bourgeonnante en chou-fleur, saignant au contact du doigt. Elle ne semble pas très adhérente avec les organes antérieurs.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque gauche. En février 1929.

Incision iliaque gauche. Parois épaisses et graisseuses.

Le ventre ouvert, on trouve un celon iléo-pelvien à méso court qui se laisse très mal attirer au dehors. Le colon est enveloppé de franges épiploïques très développées et graisseuses. On doit en réséquer toute une série. On s'efforce de placer l'anus sur la partie haute de l'anse sigmoïde.

On suture le méso au péritoine pariétal après avoir glissé au-dessus du colon une compresse roulée.

Fermeture de la paroi sur 3 plans au catgut.

Avril 1930. — *Réfection de l'anus iliaque* qui s'est rétréci.

Incision de part et d'autre de l'anus iliaque de 2 ctm.

On décolle l'intestin et on libère des plans fibreux aponévrotiques. On l'attire en haut et on refait un anus en attachant soigneusement la muqueuse intestinale à la peau.

EXÉRÈSE EN MAI 1929.

Anesthésie : rachidienne.

Incision en forme de T. circonscrivant l'anus. Isolement du rectum; décollement de la tumeur de la concavité du sacrum où elle adhère. Successivement on décolle la prostate, les vésicules, la vessie. On ouvre le cul-de-sac péritonéal et on sectionne le méso qu'on lie en trois paquets. Ce méso apparaît infiltré très haut.

Fermeture du colon iléo-pelvien en 2 plans, on le replace au fond du Douglas et on rabat le péritoine au-dessus de lui. Un Mickulicz est placé dans la concavité du sacrum.

Suture très partielle en avant pour recouvrir le cul-de-sac du bulbe.

Suites opératoires: mort au 7e jour; température à 38,5. Signes de défaillance cardiaque; raréfaction des urines dès le 3e jour.

Toxi-infection.

OBS. XIV. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Madame Rosalie S..., femme S..., 56 ans.

Vient consulter le 20 *décembre* 1929.

Opérée d'hémorroïdes il y a 8 mois.

Présentait à ce moment des hémorroïdes de vieille date avec probablement un prolapsus.

Il y a quelques semaines a eu brusquement des crises cystalgiques avec vives douleurs de la fosse iliaque droite et constipation. Deux fois en 8 jours elle fait une hémorragie abondante avec caillots de sang et vague état nauséeux.

Au toucher rectal on sent sur la paroi rectale droite une grosse masse dure à 5 ctm. de l'anus.

La rectoscopie montre deux fois à huit jours d'intervalle une tumeur de couleur noirâtre, donnant l'aspect d'une coupe de foie de veau.

Biopsie : SARCOME.

Anus iliaque gauche avec adossement en éperon des deux anses du colon pelvien.

Anesthésie : Ether.

EXÉRÈSE LE 20 FÉVRIER 1930.

Anesthésie : Chloroforme.

La constitution d'un anus iliaque a fait engraisser la malade.

Incision transversale à concavité postérieure en avant entre la fourchette et le rectum. Puis on incise, de part et d'autre de l'anus, jusqu'à la fourchette du coccyx pour encadrer l'anus. Décollement progressif de la paroi par la face postérieure du vagin jusqu'au niveau de l'espace décollable.

Incision des fosses ichio-rectales, résection de la pointe du coccyx et ouverture du cul-de-sac de Douglas.

Ligature du mésocolon pelvien et abaissement progressif du rectum.

Amputation large du rectum et on amène l'anus à la peau.

Quelques points rétrécissent la brèche.

Tamponnement par de la gaze.

Suites opératoires: simples. La température oscille entre 37,5 et 38,4.

Mickulicz enlevé au huitième jour. La plaie est bourgeonnante.

Ablation de la sonde de Betzer au douzième jour.

La plaie se cicatrise peu à peu, mais on assiste à la chute d'une petite *escarre* de la paroi postérieure du vagin, escarre faisant communiquer la cavité vaginale avec la cavité résultant de l'intervention.

Suture de la paroi postérieure du vagin.

Début avril. — La plaie est presque entièrement cicatrisée. La malade sort le 25 mai. Actuellement va bien.

OBS. XV. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Anglade C..., 50 ans.

Vient consulter à Saint-Antoine en *février* 1930.

Se plaint d'hémorragies apparues depuis trois mois elles surviennent tous les jours après chaque selle, très peu abondantes, de couleur rouge, recouvrant les matières. Deux à trois selles par jour, normales. De temps à autre, fausses envies.

Amaigrissement assez notable.

Pas de douleurs.

Soigné depuis 3 à 4 mois pour troubles gastriques, disparus à l'heure actuelle.

Recto et toucher rectal. A 5 ctm. masse végétante, dure au toucher sur la paroi latérale droite du rectum.

Paroi très facilement mobilisable.

Le rectoscope s'enfonce sans difficultés jusqu'à 25 ctm.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque gauche le 2 mars, avec lambeau cutané.

Le 4 avril l'état général s'est modifié de telle façon qu'on peut faire l'opération.

OPÉRATION RADICALE LE 4 AVRIL.

Amputation périnéale du rectum avec fermeture du bout intestinal et suture par des plans de catgut collargolé.

Mickulicz.

Tout est laissé ouvert.

Suites opératoires: normales. Le malade quitte le Service 2 mois plus tard en bonne santé.

Actuellement tout va bien.

OBS. XVI. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur André R..., 49 ans.

Examiné à Saint-Antoine en *février* 1930.

Souffre depuis des années de diarrhée-constipation avec peaux, glaires, traînées de sang. Depuis 6 mois diarrhée à l'état chronique. Soigné depuis 18 mois pour entérite.

Toucher rectal et rectoscopie: à 8 ctm. de l'anus le doigt s'enfonce dans un défilé qui n'admet que l'extrémité de l'index et il est impossible de franchir la limite supérieure de la tumeur. Quand on explore le pourtour de la partie inférieure, on touche une rigole composée de muqueuse rectale saine et tenant à la présence d'un début d'invagination de la zone rectale rétrécie dans l'ampoule rectale.

L'ensemble de la tumeur paraît mobile, tout au moins dans la partie inférieure, la partie supérieure étant inaccessible.

La rectoscopie ne peut non plus franchir le rétrécissement.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque préalable février 1930.

OPÉRATION AVRIL 1930.

Anesthésie : rachidienne (10 ctgr. Stovaïne).

Béniqué dans l'urètre.

Incision arciforme périnéale : on amorce le décollement urétro-rectal et on tombe dans la zone décollable, mais on se rend compte qu'il y a des adhérences intimes entre la tumeur rectale et la prostate.

Incision à droite et à gauche des deux fosses ichio-rectales, section des releveurs et resection du coccyx.

On décolle la tumeur du plan sacré où elle adhérait fortement sur les parties latérales, au-dessus des releveurs; il y a envahissement néoplasique le long des ailerons du rectum.

Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens, puis de la paroi pelvienne.

On reprend le décollement antérieur et on taille une lame de prostate de 8 à 10 mm. d'épaisseur pour enlever la totalité de la tumeur déjà infiltrée aux organes antérieurs.

Ouverture du fond du cul-de-sac péritonéal : le cul-de-sac sur les côtés et le méso en arrière sont infiltrés par le processus néo-plasique.

On décolle en arrière et sur les côtés le cul-de-sac péritonéal du plan sacré, et on passe macroscopiquement en zone saine.

Fermeture par deux plans du bout supérieur colique

et invagination. Ligature du méso en deux à trois paquets. Fermeture de la brèche péritonéale suturant d'abord les deux bouts du péritoine puis le péritoine au début du muscle ichio-coccygien.

Deux petites mèches dans la cavité péritonéale.

Suture de la prostate qu'on plisse transversalement pour en faire l'hémostase.

Tout est laissé ouvert. Sac de Mickulicz.

Examen de la pièce: Tumeur ulcéreuse, développée sur la totalité des parois rectales. Le bord inféérieure de la tumeur commence à 7 ctm. environ de l'anus. Mais la tumeur remonte sur une hauteur de 12 ctm., est ulcérée, peu bourgeonnante, développée sur toutes les faces du rectum.

En arrière elle tenait au plan sacré, mais on a pu l'en décoller en râclant la concavité sacrée.

En avant, après avoir détruit la paroi rectale, elle faisait corps avec la prostate, d'où nécessité d'enlever une tranche de l'organe. En haut, envahissement sur les côtés et en arrière du cul-de-sac péritonéal et de la graisse rectro-rectale.

Donc, forme ulcéreuse ayant déjà franchi les parois du rectum et envahi la prostate, adhérences au sacrum, mais sans pénétration, envahissement d'autre part du fond du Douglas et du méso.

Suites opératoires: Le malade supporte parfaitement l'opération. Se sent bien, pas de frissons.

Urines : le premier jour 100 gr. mais à partir du troisième jour, n'urine presque plus et malgré sérum glucosé hypotonique le malade meurt le sixième jour d'urémie.

OBS. XVII. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Madame P..., 58 ans.

Consulte en *avril* 1930.

Depuis deux ans remarque au bout de l'anus une tuméfaction indolente qu'elle a sentie pour la première fois en introduisant un suppositoire.

Il y a un an, a eu spontanément un peu de sang, tachant légèrement le linge.

En décembre 1929, souffre légèrement la nuit de la région anale.

En février 1930, consulte un médecin qui pense à des hémorroïdes.

En avril consulte l'un de nous.

On constate un écoulement séro-purulent par l'anus, sentant mauvais, occasionnant du prurit.

Toucher rectal: impossible à pratiquer à cause des douleurs; on donne à la malade un peu d'éther. Le doigt introduit, sent une tumeur ulcéreuse développée au

niveau du canal anal et comparable à la moitié d'un abricot.

Un doigt vaginal et un doigt rectal permettent de constater une légère adhérence, malgré que les deux muqueuses glissent encore.

La nécessité de sacrifier la paroi postérieure vaginale au cours de l'exérèse s'impose.

Avril 1930. *Anus iliaque.*

Anesthésie : Chloroforme.

Malade un peu cyanosée (bronchite chronique).

Anus iliaque gauche avec pont cutané.

Gros intestin un peu dilaté. Suturé.

La malade est revue en mai : *elle est en parfait état. Toute rosée, se sent transformée « comme elle n'a pas été depuis plusieurs années ».*

CURE RADICALE EN MAI 1930.

Anesthésie : rachidienne Scurocaïne.

Incision à droite et à gauche de l'anus préalablement fermé en bourse.

On fend le vagin sur les parties latérales et en arrière pour enlever avec la tumeur et le rectum la paroi vaginale postérieure.

Section vers le bas : ouverture du péritoine.

Section du rectum à 16 ctm. de l'anus.

Fermeture du bout rectal par deux surjets.

Fermeture du cul-de-sac péritonéal.

Suture du vagin qui se trouve très rétréci.

Mickulicz au niveau de la plaie périnéale.

Suites opératoires: Malade très nerveuse, souffre beaucoup les premiers jours, sans qu'il y ait de complications.

Huit jours plus tard, ablation du sac de Mickulicz.

Début juin : plaie belle.

Fin juin : plaie cicatrisée.

Vers début août : à l'examen présente en arrière une zone de sclérose cicatricielle.

Depuis ce temps va bien.

OBS. XVIII. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Madame Angélique T..., veuve B..., 63 ans.

Vient consulter *en mai* 1930 pour hémorroïdes apparues depuis longtemps.

Se plaint d'hémorragies de sang rouge foncé, abondantes et fréquentes.

Elle en a presque à chaque selle.

Au moment de la défécation, douleurs violentes surtout les derniers temps, que la malade déclare insupportables.

Depuis le mois de février elle a en plus des diarrhées, 4 à 5 fois par jour avec de faux besoins fréquents.

Amaigrissement de 5 kgs.

Anorexie élective pour viande et graisse.

Toucher rectal. On trouve à 5 ctm. sur la paroi droite,

une masse végétante, saignant facilement, cachée derrière un repli de la muqueuse. On ne sens pas d'ulcération. Paroi vaginale libre.

La rectoscopie confirme après plusieurs essais le diagnostic.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque mai 1930.

OPÉRATION LE 17 JUIN 1930.

Anesthésie : Ether.

Fermeture de l'anus par double fil.

Incision curviligne périnéale.

Dédoublement de la cloison recto-vaginale.

Incision des muscles releveurs, décollement du rectum de la concavité sacrée avec résection du coccyx.

Le néoplasme est situé sur le côté droit et infiltre l'espace pelvirectal supérieur.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal.

Section du colon à 6 ctm. au-dessus de la tumeur.

Ligature le plus haut possible du méso-rectum, au-dessus du hile ganglionnaire.

Fermeture de l'intestin par deux plans et fermeture du cul-de-sac péritonéal. Mickulicz. Sonde à demeure.

Suites opératoires: bénignes.

La malade se porte bien actuellement.

OBS. XIX. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur G..., 56 ans.

Examiné en *mai* 1930.

Souffre depuis un an de constipation continuelle, qui auparavant n'était que périodique.

Depuis six mois, il trouve du sang rouge dans ses matières. Celles-ci sont rubannées et filiformes.

Le sang apparaît quelquefois avant les selles ou après, ou plus rarement en dehors de la défécation. Ce sang a une couleur rose.

Avant les défécations le malade a une sensation douloureuse qu'il qualifie de « sensation de sténose ».

Quelques faux besoins depuis longtemps.

Vague sensation à la miction qui s'effectue pourtant bien.

Souffre davantage quand il est fatigué.

Amaigrissement de 5 kgs. en deux mois.

Toucher rectal: à 8 ctm. le canal est rétréci par une tumeur végétante qui occupe toute la circonférence. Elle est entourée d'une rigole de muqueuse saine et fait saillie dans la lumière de l'ampoule.

Rectoscopie: aspect typique de néoplame avec rebord en lobe d'oreille.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque en mai 1930.

INTERVENTION RADICALE EN JUIN 1930.

Anesthésie : Ether.

Amputation périnéale sans grande difficulté. Le décollement antérieur est facile.

Suites opératoires: bénignes, sans aucune complication.

Actuellement le malade se porte très bien.

OBS. XX. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur F..., 64 ans.

Vient consulter pour hémorroïdes en *juin* 1930.

Souffre depuis 8 mois de petites hémorragies pendant les selles. Les défecations sont depuis ce temps douloureuses, mais normales. A remarqué une petite procidence, se réduisant d'ailleurs spontanément.

Pas d'amaigrissement. Bon appétit; bonnes digestions.

A été un grand alcoolique, mais ne boit plus depuis quelques mois.

Porteur de varices.

L'examen révèle un petit bourgeon au niveau de la commissure antérieure. Dès qu'on déplisse la muqueuse anale, on voit une plaque dure qui saigne.

Au toucher rectal, on sent une masse dure, qui se prolonge à l'intérieur du canal sur 3 à 4 ctm.

Etat général excellent.

INTERVENTION RADICALE septembre 1930 après *anus iliaque* préalable en août 1930.

Anesthésie : rachidienne.

Incision périnéale circonscrivant l'anus.

Le décollement antérieur du rectum est rendu difficile par la graisse.

La libération latérale et postérieure est facile.

Evidement complet des fosses ichio-rectales.

Ouverture du Douglais et section du rectum.

Fermeture en deux plans de l'intestin. Mickulicz.

Pièce: Tumeur volumineuse à la partie moyenne de l'ampoule.

Périrectite et ganglions de la face postérieure.

A l'ouverture tumeur largement ulcérée, adhérant en avant au plan prostato-vésical.

Histologie: Epi pavimenteux.

Suites opératoires: bénignes. Actuellement en bonne santé.

OBS. XXI A XXV. — ABDOMINO-PÉRINÉALE

M. Jean-Félix M..., 46 ans.

Le diagnostic clinique, les examens font conclure à un cancer de la partie supérieure de l'ampoule rectale.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épi, cylindrique.

Azorémie : normale.

Albumine : 0.

OPÉRATION EN JUIN 1924.

Anesthésie : Chloroforme.

1) *Incision médiane,* sousombilicale; pas d'adhérences visibles, mais bassin étroit et profond. On incise le péritoine de part et d'autre du mésocolon pelvien et l'incision circonscrit le rectum.

Ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs.

On râcle la concavité sacro-coccigienne, en repoussant en avant tout le tissu cellulo-graisseux.

Décollement latéro-rectal, puis ligature à droite et à gauche de l'hémorroïdale moyenne.

Décollement vésico-rectal.

Section du colon pelvien qu'on tasse dans le pelvis.

Péritonisation facile et complète.

2) Incision *iliaque gauche* et dissociation des muscles.

On attire le colon par l'incision iliaque.

Fermeture en trois plans de l'incision médiane.

3) *Amputation du rectum* par le périnée.

On attire par la brèche du périnée le rectum et 1/2 inférieur du colon pelvien.

Hémostase : tout est laissé ouvert.

Un gros drain, deux mèches iodoformées sont tassées dans l'énorme cavité.

Histologie du tissu cellulaire et d'un ganglion: tissu inflammatoire, banal, récent, ganglion normal.

Suites opératoires: simples. Va actuellement très bien. N'a pas eu de récidives.

OBS. XXII. — CHARITÉ

Monsieur M..., 50 ans.

Consulte le 31 *janvier* 1928.

Se plaint d'envies fréquentes d'aller à la selle. Douleurs avant, pendant et après les selles.

Souffre de la région ano-rectale déjà depuis un an et plus.

Dans les selles peaux, glaires, rares trainées de sang.

Soigné depuis quelques mois pour entérite muco-membraneuse.

Au toucher rectal: tumeur développée sur la paroi latérale droite du rectum, presque circulaire, dont on ne peut franchir la limite supérieure. La tumeur paraît mobile sur le plan prostatique et sur le plan sacré.

Un *examen cystoscopique* ne montre aucune lésion de la vessie. La région du trigone n'est pas surélevée, il n'y a ni rougeur, ni œdème de la région rétrotrigoïdienne.

Azotémie : 0,35.

Albumine : 0.

Biopsie : épithélioma cylindrique.

OPÉRATION LE 8 JUILLET 1928.

Anesthésie : éther.

1° *Temps abdominal:* Laparotomie médiane sousombilicale.

Présence d'une tumeur qui commence au niveau du fond du Douglas et qui s'étend plus bas.

Incision en raquette du péritoine, contournant le mésocolon pelvien et encerclant le péritoine au niveau du Douglas.

Ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs et incision du colon.

On décolle la partie basse de la concavité sacrée.

Ligature de l'artère hémorroïdale moyenne.

Section de l'intestin.

On tasse la partie inférieure du colon pelvien et la partie supérieure du rectum au-dessus du péritoine qu'on suture.

Le bout supérieur du rectum est placé en *anus iliaque gauche* et la paroi est fermée complètement sans drainage.

2° *Temps périnéal:* fermeture de l'anus par fils circulaires.

Amputation du rectum qui est rapide et facilitée par le décollement pratiqué par le premier temps.

Hémostase : Mickulicz.

Suites opératoires: Malade très fatigué pendant cinq jours. La plaie périnéale supure, mais le bourgeonnement se fait. Des lavages arrivent à déterger la cavité de

certains points sphacéliques. Peu à peu la cicatrisation se fait. Mais le malade doit rester deux mois couché.

Avril 1930. — Le malade est revu en bonne santé, l'anus fonctionne bien et le malade est arrivé à régulariser ses gardes-robes. Actuellement va bien.

OBS. XXIII. — CHARITÉ

Monsieur Léon V..., 54 ans.

Examiné en *novembre* 1929.

Se plaint de phénomènes de diarrhée-constipation depuis 8 mois.

Selles avec glaires et mucus. Pas de sang.

Ballonnement, météorisme, douleurs le long du cadre colique sans caractère spécial.

A perdu du poids depuis deux mois, appétit moindre, mais présente toujours encore un aspect obèse.

Au toucher rectal: on croit sentir à bout de doigt un épaississement.

Anus iliaque décembre 1929, *gauche* en éperon: Incision iliaque gauche, paroi très épaisse. Tous les plans sont infiltrés de graisse et les mésos sont épais avec grosses franges épiploïques.

EXÉRÈSE EN FÉVRIER 1930.

Anesthésie: Rachidienne et Chloroforme.

1° *Laparotomie médiane* sousombilicale chez un malade très gras à paroi abdominale épaisse.

Tumeur énorme, volume de deux poings, s'étend haut sur 12 centimètres environ d'intestin et adhère en avant au péritoine vésical. Incision en raquette du péritoine autour du rectum. Décollement postérieur en râclant la concavité sacrée, puis décollement latéral.

Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens.

Section du colon à 6 ou 7 centimètres de l'anus.

Fermeture par deux plans de l'intestin.

Ligature des vaisseaux mésentriques inférieurs.

La tumeur et le colon sigmoïdien libérés sont tassés dans le pelvis, mais leur volume empêche la péritonisation au-dessous d'eux.

2° *Temps périnéal.*

Incision ovalaire, circonscrivant l'anus.

Décollement rétro-rectal, section des releveurs et décollement péri-rectal.

On libère et on retire rapidement le colon portant la tumeur.

Hémostase, Mickulicz, drain et tamponnement, fermeture partielle.

3° *Péritonisation.*

Pour fermer par en bas la cavité abdominale. On rabat l'épipleon.

Fermeture complète de la paroi en trois plans par des points séparés de catgut chromé. Crins et agrafes.

Pièce: La tumeur est volumineuse, son pôle inférieur

est à 14 centimètres de l'anus. Mais vu son volume, la profondeur du bassin et l'épaisseur de la paroi, il était impossible de faire une opération d'Hartmann. Les parois de l'intestin au niveau de la tumeur ont 3 à 4 centimètres d'épaisseur. Par place elles sont dures, avec petits abcès miliaires en d'autres points. Tumeur ulcérée, bourgeonnante, avec sclérose et lipomatose, ressemblant à une tumeur du colon droit et n'ayant aucun des caractères du squirrhe.

Elle s'étend sur 12 centimètres de hauteur. Présence de gros ganglions à la face postérieure, au niveau de la bifurcation de la mésentérique inférieure.

Examen anatomo-pathologique: trois fragments.

1° Tumeur: Epi cylindrique.

2° Graisse périrectale: Tissus fibreux périrectal, infiltré de tubes néoplasiques.

3° Ganglions: Transformation Epithéliomateuse complète.

Suites opératoires: a fait une petite éventration qu'on a suturée vers le vingtième jour. Autrement suites opératoires normales. Part guéri.

OBS. XXIV. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur L..., 31 ans.

Examiné en *juin* 1930.

Souffre depuis un an. Début par quelques fausses

envies, accompagnées d'un peu de ténesme. Sensation de pesanteur dans le rectum et quelques douleurs à la défécation. Petit à petit a eu de la diarrhée et fait actuellement 10 à 12 selles liquides par jour. Elles contiennent du mucus et des glaires avec de temps en temps un peu de sang vermeil. Souffre beaucoup pendant la défécation.

A maigri de 12 kilogs en un an.

Toucher rectal: fait découvrir à 6 centimètres une masse végétante, dure, donnant l'impression du col utérin sclérosé. Un peu de sang au doigt.

Rectoscopie: image typique de cancer végétant, diagnostic confirmé part :

Biopsie : Epi cylindrique.

INTERVENTION LE 18 JUILLET 1930.

Anesthésie : éther.

1° *Laparotomie médiane* sousombilicale. On sent la tumeur qui par son pôle supérieur affleure le fond du Douglas.

Incision en raquette du péritoine le long de la racine du mésocolon pelvien. Ligature du méso et section du colon.

Décollement du rectum des parois de sa loge avec ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens.

Le décollement antérieur est difficile à cause des adhérences.

Fermeture du péritoine par deux plans de surjets, et de la paroi par trois plans au catgut.

2° Incision iliaque gauche, on fixe le bout supérieur du colon en *anus terminal*. Suture du péritoine.

3° Fermeture de l'anus naturel par un fil de soie.

Amputation du rectum par voie périnéale.

Hémostase. Mickulicz sonde à demeure.

Suites opératoires normales. Se porte actuellement bien.

OBS. XXV. — CHARITÉ

Monsieur Léon M..., 65 ans.

Consulte en *août* 1930.

Se plaint de constipation survenue depuis quelques mois de plus en plus forte. Depuis quelque trois mois, il est pris assez souvent de fausses diarrhées, avec un peu de sang.

Le ventre est ballonné, gargouillements fréquents, météorisme.

A l'examen, au *toucher rectal* on ne sent que péniblement à bout de doigt une tumeur. Cette tumeur semble immobile, circulaire.

INTERVENTION RADICALE LE 14 AOUT 1930.

Anesthésie : rachidienne.

1° *Laparotomie médiane* sousombilicale. Le colon iléo-

pelvien long, est adhérent et retombe dans le bassin où il adhère à une masse néoplasique au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Libération rapide, incision du méso-colon en raquette circonscrivant le pourtour du Douglas. Ligature et section du colon pelvien dans sa partie supérieure.

Décollement du rectum qu'on isole des parois de la cavité pelvienne. Toute cette libération est rapide, facile et se fait sans grande perte de sang.

Péritonisation complète.

Incision iliaque gauche; on place le bout supérieur du colon en anus terminal. Suture. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans au catgut chromé.

2° *Incision périnéale* circonscrivant l'anus préalablement fermé, on isole la face antérieure du rectum du bulbe de l'urètre et de la prostate. Les fosses ichio-rectales sont évidées; on attire par en bas le rectum, la tumeur et le colon. Mickulicz.

L'opération a été facile, rapide et complète.

Pièce: tumeur volumineuse, siégeant au niveau de l'ampoule, mordant en haut sur le cul-de-sac de Douglas. Hauteur 5 centimètres, circulaire, rétrécissant le rectum ulcéré avec des rebords abrupts, taillés à l'emporte-pièce.

Epaississement considérable des parois rectales avec périrectite néoplasique. Ganglion dans le méso-rectum. Il est cancéreux.

Suites opératoires: les premiers jours le malade semble bien supporter l'intervention.

Avant l'opération, était déjà affaibli et amaigri. Après l'exérèse vers le huitième jour, le taux des urines baisse, il s'affaiblit à l'extrême et meurt tardivement au dix-septième jour.

OBS. XXVI A XXX. — CANCERS INOPÉRABLES

OBS. XXVI. — CHARITÉ

Monsieur Ernest F..., 64 ans.

Examiné en *mars* 1925.

Etat général mauvais.

Phénomènes de diarrhée-constipation. Douleurs abdominales. Quelquefois sang dans les selles.

Toucher rectal: On sent à bout de doigt une masse dont il est impossible de préciser les caractères.

Laparotomie exploratrice:

Incision iliaque gauche que l'on recourbe en dessous jusque près de la ligne médiane.

Présence de ganglions, durs à caractère néoplasiques, au niveau du mésocolon iléo-pelvien, partie inférieure.

Il existe dans le Douglas tout un placard de masses dures qu'on aperçoit; elles sont plus grosses à la palpation que ne le laissait prévoir l'inspection.

On sent à travers la paroi du rectum la tumeur inférieure du rectum au niveau du Douglas.

CETTE TUMEUR EST INEXTIRPABLE.

Fermeture de la paroi en attachant le colon iléo-pelvien à la peau.

Anus iliaque. Suture de la paroi.

Biopsie : Epi (type pavimenteux).

OBS. XXVII. — CHARITÉ

Madame D..., femme R..., 62 ans.

Examinée en *février* 1927.

Présente des symptômes de cancer très avancé.

Troubles de la défécation, hémorragies de sang sanieux, de pus, tachant le linge, même en dehors des selles. Douleurs très violentes, occasionnées par les faux besoins et les ténesmes diurnes et nocturnes ne laissant plus de répit à la malade.

Au toucher rectal: grosse masse dans l'ampoule, dure, végétante, fixée tout autour des parois du rectum. Cancer certain.

Etat général mauvais, la malade est déjà profondément infectée.

On décide un *anus iliaque en février* 1927.

Anesthésie : éther.

Incision iliaque gauche.

L'anse du colon iléo-pelvien est très mobile.

On attire le méso-colon à la partie moyenne. Section complète de l'intestin. Fermeture du bout inférieur par deux plans de catgut. On le rentre dans l'abdomen. On fixe le bout inférieur.

Reconstitution de la paroi.

On se rend compte que *l'intervention radicale est impossible.*

Quinze jours plus tard la malade meurt, ne pouvant supporter le choc opératoire.

OBS. XXVIII. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur L. N..., 68 ans.

Vient consulter en *mai* 1930.

Facies pâle, amaigri, décharné.

Se plaint de selles diarrhéiques depuis quelques mois avec sang noirâtre, pus et odeur fétide.

Début par petites hémorragies répétées au moment des selles.

Faux besoins et ténesme très accentués.

Troubles de la miction.

Défécation pénible et douloureuse.

Toucher rectal: Grosse masse bourgeonnante, dure, très fixée et immobile située dans l'ampoule rectale à la paroi antérieure à 7 centimètres de profondeur. Le gant ramène du sang.

La rectoscopie confirme la nature néoplasique de la tumeur.

Biopsie : Epi cylindrique.

Laparotomie et anus iliaque.

Incision iliaque gauche, en explorant la racine du colon iléo-pelvien, le doigt rencontre un gros ganglion de la taille d'une petite noix, très dur, mobile et qui paraît néoplasique.

Extériorisation du colon iléo-pelvien et constitution d'un anus iliaque.

La présence de noyaux péritonéaux contreindique toute exérèse.

OBS. XXIX. — SAINT-ANTOINE

Madame B..., 57 ans.

Consulte en *juin* 1930 parce qu'elle perd ses matières et croit avoir une communication recto-vaginale.

Souffre depuis plus d'un an.

Sensation de pesanteur dans le rectum, avec selles glaireuses, pleines de pus et de sang noirâtre, sentant mauvais. Beaucoup de faux besoins, accompagnés de ténesme depuis de longs mois.

Amaigrissement de 15 kilogs depuis trois mois. Etat général mauvais. Dégoût de viande et graisse.

Au *toucher rectal* on sent des bourgeons durs, végétants, saignant au moindre contact. La nature néoplasi-

que de la tumeur ne fait pas de doute. Elle est très adhérente pour ainsi dire immobile.

Au *rectoscope* on pénètre d'abord par une grande communication recto-vaginale dans ce dernier.

Rectoscopie presque impossible à cause des douleurs. On voit une grosse tumeur du type classique des cancers du rectum.

La malade refuse toute intervention.

OBS. XXX. — CHARITÉ-SAINT-ANTOINE

Monsieur Pierre B..., 54 ans.

Vient consulter pour troubles intestinaux en *juin* 1930.

Constipation depuis février 1929.

Se plaint surtout de sa constipation qui l'oblige à prendre tous les jours des lavements. En même temps constate l'amincissement et l'aplatissement de ses matières. Présence de glaires et de sang rouge.

Fréquentes fausses envies avec ténesme.

Pourtant à différents moments de l'année il y a eu des périodes de rémission.

Amaigrissement notable, le malade ne peut indiquer combien.

Appétit bon, bonnes digestions.

Toucher rectal: on trouve au niveau de la paroi postérieure à 5 centimètres une grosse masse, qui semble fortement adhérente aux plans sousjacents.

Rectoscopie et biopsie confirment qu'on est en présence d'un Epi-cylindrique.

Anus iliaque gauche le même mois.

A l'ouverture du péritoine on trouve du liquide dans le ventre. Extériorisation facile du colon pelvien.

Après deux mois l'état général s'est amélioré et le malade a pris 3 kilogs, mais il se plaint de ténesme et de perdre par l'anus un peu de sang et du liquide sanieux.

Au toucher rectal la masse a encore augmenté de volume et est *absolument inopérable.*

A. — CONCLUSIONS MÉDICALES

1° Le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien est tardif parce que le néoplasme évolue pendant de longs mois sournoisement sur place. La période de début clinique correspond anatomiquement à une tumeur volumineuse, en pleine période d'état.

2° Pour arriver au diagnostic précis du cancer recto-sigmoïdien :

a) Il ne faut pas se fier :

1° Aux déclarations du malade;

2° A la banalité des symptômes;

3° A la conservation d'un excellent état général;

4° A l'âge du malade.

b) Il faudra faire dans toutes les rectopathies suspectes le toucher rectal *et* la rectoscopie; ces deux examens sont inséparables.

S'il y a tumeur, la biopsie viendra signer sa nature néoplasique.

B. — CONCLUSIONS CHIRURGICALES

1° Le seul traitement logique et radical actuel du cancer rect-sigmoïdien est l'intervention chirurgicale. Les autres méthodes, radiumthérapie, radiothérapie profonde sont complètement à rejeter. La radiumthérapie, même

précédée d'un anus iliaque, ne donne que des résultats décevants, les récidives étant la règle et survenant souvent rapidement.

2° L'intervention consiste en l'ablation large de la tumeur, des tissus voisins, des ganglions tributaires; la conservation de l'organe, en l'espèce du sphincter est accessoire et ne peut en général être faite.

Pour que l'intervention donne tous ses résultats de survie et de guérison, il faut s'adresser à des tumeurs jeunes; c'est dire qu'avant tout le traitement radical du cancer recto-sigmoïdien repose sur un diagnostic fait de bonne heure. Là est la clef des succès opératoires beaucoup plus que dans l'extension de l'exérèse.

Tumeur jeune, petite et mobile, opération simple, facile et rapide, tels sont les deux conditions du succès immédiat et secondaire.

3° Il n'y a pas un seul procédé d'exérèse et une seule voie d'accès ; chaque malade atteint de cancer recto-sigmoïdien doit être opéré par la meilleure voie qui dépend du siège et de la hauteur de la tumeur, de l'état local et de la résistance, finalement du sexe du sujet.

L'intervention s'adapte à chaque cas.

4° Nous n'avons pas d'expérience de la voie sacrée, peu employée en France, et ne la critiquons pas.

5° Les tumeurs basses, sphinctériennes ou susanales

doivent être enlevées par voie périnéale. Là-dessus aucune discussion.

6° Les tumeurs très hautes, recto-sigmoïdiennes, sont justiciables de l'opération de Hartmann, abdominale pure avec fermeture du bout inférieur de l'intestin et abandon sur place du rectum périnéal.

7° Les deux interventions, périnéale et abdominale pure, ont une faible mortalité opératoire, à condition que les cas soient bien choisis.

8° La voie abdomino-périnéale, théoriquement séduisante et méthode idéale à bien des points de vue, ne doit s'adresser en raison de sa gravité et de sa haute mortalité opératoire qu'à des cas assez rares :

Femmes de préférence, sujets jeunes, résistants, maigres; tumeurs ampullaires supérieures où l'opération périnéale risque de ne pas enlever suffisamment d'intestin et où l'intervention de Hartmann ne peut être faite avec sécurité, parce qu'on ne pourrait passer sans de gros décollements au-dessous du pôle inférieur de la tumeur.

9° Nous sommes donc partisans dans l'immense majorité des cas de l'opération périnéale *modernisée*, c'est-à-dire étendue en largeur en enlevant toute la graisse des fosses ichio-rectales, râclant en arrière la concavité sacrée et passant à la face postérieure de la prostate, en hauteur ouverture large du cul-de-sac péritonéal et fermeture de l'intestin qu'on ne cherche pas à abaisser, mais qui est laissé sur place à hauteur du Douglas.

10° L'anus iliaque doit précéder les opérations périnéales; il est en général inutile pour l'abdomino-périnéale et pour l'opération de Hartmann. Souvent il est utile au moment où on établit l'anus iliaque de faire une laparotomie pour se rendre compte des connexions de la tumeur, de sa situation exacte et pour être sûr qu'il n'y a pas de métastases ou d'infiltration trop étendue, pouvant contre-indiquer toute exérèse.

Vu, le Doyen : *Vu, le Président :*
L'Assesseur, MERKLEN. LERICHE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg,
PFISTER.

Bibliographie

AUMONT. — (Rapport de Chirurgie). *Bull. et Mém. Société de Chirurgie de Paris,* t. L, n° 26, 29 octobre 1924, p. 970.

BENSAUDE. — Sergent. Appareil digestif, 1926. Le Cancer du Rectum, p. 588 à 623.

BERNARD et LAMBLING. — Le problème diagnostique du cancer rectal. *Journal Médical Français,* février 1929.

BENSAUDE. — Traité d'endoscopie, Masson, 1926.

CAIN ANDRÉ. — Forme dysentérique du cancer recto-sigmoïdien, association avec amibiase. *Journal Médical Français,* février 1929.

DENK. — Le traitement de la plaie opératoire après l'opération de la voie sacrée dans le cancer du rectum. *Zentralblatt für Chirurgie,* 1929, p. 642-644.

DUCUING. — Télécuriethérapie dans le Cancer du Rectum. *Presse Médicale du 23 Avril* 1930.

DUROSELLE. — Remarques sur le traitement du cancer du rectum. *Journal de Chirurgie,* Paris, t. XXIII, n° 3, mars 1924, p. 249.

DUSTIN. — Contribution à l'étude radiobiologique des cancers du rectum, traités par la télécuriethérapie.

— *Bull. de l'Académie royale de Médecine de Belgique,* V^e^ série, Tome IX, N° 6. Séance du 29 VI, 1929.

FISCHER. — L'opération abdomino-sacrale du cancer du rectum. *Beiträge zur klinischen Chirurgie,* 1929, n° 146, p. 383.

FOUCAULT. — Le Traitement du Cancer du Rectum par la Radiumthérapie. *Bull. de la Soc. de Médecine de la Vienne,* juillet 1928.

GAUDUCHAU. — Le Traitement Radioactif des Cancers inopérables du Rectum. *Bull. de l'Ass. Franç. de l'étude du Cancer,* 16, 1927, p. 533.

GOLDSCHMITT. — Le choix de la méthode opératoire dans les cancers recto-sigmoïdiens et du gros intestin. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* 217, 1929, p. 253.

GOULLIOUD. — Entérectomie pour cancer du Rectum et du Côlon. *Bull. et Mém. Société de Chirurgie de* Paris, t. XLVIII, n° 29, 15 novembre 1922, p. 1.197.

H. J. HAHN. — Le choix de la voie d'accès. *Annale of Surgery,* I, 1929, p. 77-90.

H. HARTMANN. — XXX^e^ Congrès français de Chirurgie, Strasbourg, 1921, p. 411.

H. Hartmann. — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris,* 12 décembre 1923, t. XLIX, n° 34, p. 1.474 et suivantes (Discussion : J.-L. Faure, Cunio, etc...).

H. Hartmann. — Livre jubilaire du Professeur Forgue, Paris, 1924, p. 417.

H. Hartmann. — Le Cancer du Rectum et son traitement. *Paris Médical,* n° du 6 Avril 1929.

Kirschner. — Le Traitement radical du Cancer du Rectum. *Archiv. für Klinische Chirurgie* CXXVII, 1923, p. 385-403.

Kuttner. — Le Traitement chirurgical du Cancer du Rectum. *Medizinische Klinik* an. XXV, n° 1, 4 janvier 1929, p. 4-9.

Lussana. — Technique opératoire en trois temps pour diminuer les risques opératoires de l'amputation abdomino-périnéale dans les Cancers recto-sigmoïdiens.

F. Mande. — 1000 cas d'exérèse par voie sacrée. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* 219, 1929, p. 3-40.

Marcou. — Les manifestations urinaires dans le cancer du rectum. *Thèse de Paris,* n° 84, 1929-30. Pris. Legueu.

Matolay. — Résultat des opérations pour cancer du rectum. *Journal de Chirurgie,* 1924, 23, p. 550 et suite.

MÉNAGER. — Contribution à l'étude du Traitement du Cancer du Rectum par la Radium-Chirurgie (Procédé de Neumann et Cory). *Thèse,* n° 10, Paris, 1929.

MICHEL. — Contribution à l'étude de l'ablation du rectum cancéreux par l'abdomino-périnéale et l'abdominale pure (procédé de Hartmann). *Thèse de Lyon,* 1924-25, n° 78.

MONDOR et CHALIER. — Le cancer du rectum, 600 pages, 1924.

J. P. L. MUMMERY. — Pronostic du Cancer du Rectum. The Lancet, vol. C. C. XI, n° 5.391, le 25 décembre 1926, p. 1.307 et suite.

L. MUMMERY-GORDON, WATSON. — Discussion sur les complications de l'amputation du Rectum. Proceading of the Royale Society of Médecine (London), V. XIX, 2 juin 1926, p. 18 et s.

OKINCZYC. — XXXI[e] Congrès français de Chirurgie, Paris, 1922, p. 72.

J. OKINCZYC. — Cancer de l'intestin, 1 vol., Paris, 1923 (Doin, éditeur), p. 204.

F. PAPIN. — A propos de l'amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum. *Journal de Chirurgie,* XXXI, 1928, p. 510.

PASGRIMAUD. — La Résection du Cancer recto-sigmoïdien et du Cancer du haut rectum par le procédé de Hartmann. *Thèse de Paris,* 1925-26.

V. PAUCHET. — Pratique chirurgicale illustrée, Paris, 1924, (Doin, éditeur), fascicule V, p. 166 et suivantes.

PAUCHET. — Comment faut-il traiter actuellement le Cancer du Rectum. *Courrier Médical,* 1926, p. 145.

PAUCHET. — Le traitement du Cancer du Rectum. Notes pratiques d'actualité médicale, janvier 1927.

PAUCHET. — Extirpation du Cancer R. sigmoïdien. *Gazette des Hôpitaux,* 20 novembre 1929, p. 1.662.

PROUST. — Le traitement du Cancer du Rectum. *Gazette des Hôpitaux,* 1929, p. 903 (*Strasbourg Médical,* mars 1927).

RANKIN. — Mort consécutive à la colostomie pour cancer du gros intestin. Annales of Surgery, I, 1929, I, 62-71.

RANKIN. — Colostomie et Résection post. dans les Cancers du Rectum. *The Journal of the American Médical* Association. Vol., 89, n° 23, le 3 décembre 1927, p. 1.961-65. N° 31, 1928, p. 768.

RÉCAMIER. — Contribution à l'étude du traitement du Cancer du Rectum. *Thèse de Paris,* 1925 (Panchet).

REINHOLD. — Contribution à l'étude des facteurs de récidives post-opératoires du cancer du rectum : l'exérèse de la gaine fibreuse du rectum. *Thèse de Doctorat,* Paris, 1924.

ROUSSEL. — Amputation du rectum cancéreux par la voie

trans-vaginale. Thèse de D. de 1912, n° 309 (*Chalier*).

ROUSSY, LABORDE. — A propos de la Radiothérapie des Cancers inopérables. *Bull. de l'Ass. Franç.* pour l'*étude du cancer,* t. XVI, n° 7, juillet 1927, p. 527 et suite.

SCHWARTZ. — XXXIV[e] Congrès français de Chirurgie, Paris, 1925, p. 35 et suivantes (discussion).

SOUPAULT. — Opération de Hartmann. *Journal de Chirurgie,* t. XXX, n° 5, p. 513 à 530.

STÖGER. — Pour la Résection du Cancer du Rectum. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* C. C. XII, fasc. 3-4, novembre 1928, p. 232 et suite.

TIERNY. — Conclusion de l'Enquête sur le Traitement du Cancer du Rectum. *Journal de Médecine de Paris,* p. 255 et suites, 1926.

TIERNY. — Extirpation abdomino-périnéale du R. en deux temps. *Gaz. des Hôpitaux,* 1929, p. 1.662 et suite.

VILLARD et RICARD. — *Lyon chirurgical,* t. XXII, n° 2, mars-avril, 1925, p. 129.

Table des Matières

Pages

Chapitre Premier. — *Le Rôle du Médecin Praticien* 1
A) Les Symptômes 2
B) L'examen local 5
1° Le Toucher Rectal 5
a) La Position 6
b) Les Erreurs 7
C) L'Examen général 8
D) Conclusions 9

Chapitre II. — *Le Rôle du Médecin Spécialiste* 10
I. — Examen local dans les cancers recto-sigmoïdiens 11
A) Le cancer ampullaire 11
1° Le Toucher rectal 12
a) Paroi rectale antérieure 12
b) Paroi rectale postérieure 14
c) Paroi rectale latérale 14
2° La Rectoscopie 16
A) Les différents aspects du cancer 16
B) Les avantages de la Rectoscopie 17
1. *a*) Nécessité de la Rectoscopie 17
b) Biopsie 18
2. Dépistage d'une tumeur inaccessible au doigt 20
3. Possibilité de dépasser en hauteur le néoplasme .. 21
C) Les causes d'erreur de la Rectoscopie 22
3° Autres procédés de recherches 23
a) Lavement opaque 24
b) Le béniqué 25

Pages

c) La cystoscopie 25
B) Le cancer susampullaire 26
C) Le cancer anal 26
A) Examen local et diagnostic différentiel 26
1. Forme infiltrée 27
2. Forme végétante 28
B) Examen général 29
II. — L'examen général dans les cancers recto-sigmoïdiens .. 30
III. — Le Traitement du cancer du Rectum 31

Chapitre III. — Le Rôle du Chirurgien 34
I. — Taux d'opérabilité 35
A) La statistique 35
B) Taux et mortalité opératoire 36
II. — Les principes directeurs du Traitement radical 37
A) Exérèse en largeur et en hauteur 37
B) Conservation du sphincter 39
C) Les récidives 39
III. — Le choix de la voie d'accès 40
IV. — Les voies d'accès 42
A) Les voies naturelles 42
1. La voie transanale 42
2. La voie transvaginale 43
B) La voie périnéale 43
1° Opération de Lisfranc 44
2° Opération périnéale élargie, modernisée 44
3° Résection coccy-périnéale 46
Critique de la voie périnéale 46
4° La voie sacrée 47
C) La voie abdomino-périnéale 48
1° Technique 48
1. Temps abdominal 48
2. Temps périnéal 49
2° Résultats 50

Pages

a) Les avantages 50
b) Les inconvénients 51
D) La voie abdominale haute 54
1° Technique 54
2° Critique 54
V. — Les procédés pour simplifier ou rendre moins dangereuses les interventions radicales 55
A) Résection 55
B) Amputation 56
C) Laparotomie 56
D) Anus iliaque. Les avantages 57
a) Anus iliaque préalable 57
b) Technique de l'anus iliaque 59
E) Anesthésie et soins pré et post-opératoires 60
VI. — Les indications opératoires pour les différentes voies .. 61
a) Considérations locales 61
b) Considérations générales 61
1° Age 61
2° Sexe 61
3° Constitution 62
A) L'opération de Hartmann 63
B) La voie périnéale 64
C) La voie abdomino-périnéale 65
D) Les cancers inopérables 65
Schéma des Observations 67
Observations 68
Conclusions 124
Bibliographie 128

Imp. M. CHEVALIER. Saumur.